ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLIV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

[illegible]

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	—
[illegible]	[illegible]	—
[illegible]	[illegible]	—
[illegible]	[illegible]	—

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef :

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLIV

Contenant des travaux de

BOURCART, CONDAMIN, DEMOULIN, DURAND, GOULLIOUD, JAGOT, KLEIN, LABUSQUIÈRE, LAUWERS, LE BEC, LEJARS, MÉGRAT, MOULONGUET PAMARD, PÉAN, PILLIET, PINARD, PUECH, QUEIREL, REYMOND, REYNIER, RICHELOT, ROSSIER, SEGOND, STRAUCH (de), TARDIF, VAUTRIN

1895

(2e SEMESTRE)

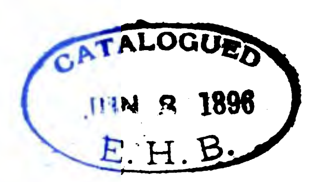
PARIS

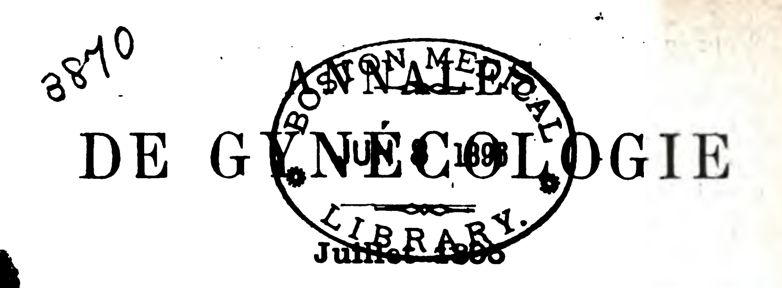
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1895


BOSTON MEDICAL
JUN 8 1896
LIBRARY.


CATALOGUED
JUN 8 1896
E. H. B.



ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA RÉPARATION DES FISTULES RECTO-VAGINALES CHEZ LES FEMMES DONT LE PÉRINÉE EST INTACT. (ABAISSEMENT ET FIXATION ANALE DU SEGMENT DE RECTUM SUPÉRIEUR A LA FISTULE, APRÈS RÉSECTION DU SEGMENT RECTAL SOUS-JACENT.)

Par **M. Paul Segond.**

Je viens d'observer un cas de fistule recto-vaginale dont l'étiologie ne manque pas d'une certaine originalité. Mais là n'est pas son véritable intérêt. Ce qui motive surtout sa publication, c'est le désir de faire connaître le procédé que j'ai dû imaginer pour fermer sûrement la fistule. En dépit des conditions les plus défavorables, il m'a donné cette occlusion si vite et si bien que je n'hésite pas à le considérer comme procédé de choix dans les cas similaires. Voici d'abord le fait :

Mon opérée est maintenant une robuste femme de 31 ans, fort saine de corps et d'esprit, mais elle a été jadis fillette de 15 ans ; et vers cet âge elle a eu, de concert avec l'une de ses contemporaines, l'idée très particulière de s'introduire un pot de pommade dans le vagin. Sa compagne en est morte assez vite avec des accidents de péritonite. Quant à ma malade, après avoir beaucoup souffert, elle a fini par vivre en assez bonne intelligence avec son corps étranger, et caressant toujours l'espoir d'une expulsion spontanée, elle s'est mariée sans mot dire, à 19 ans. Que s'est-il exac-

tement passé ensuite ? Je crois superflu de trop le préciser. Le fait est que la tolérance s'est continuée pendant seize ans, sans autres tribulations pathologiques ou matrimoniales, et, c'est en avril 1894 seulement que se sont manifestés des accidents assez graves pour nécessiter l'intervention d'un médecin. A cette date, la malade était de passage à Blois et, le 30 avril, elle a fait demander mon ami le D[r] Ferrand, qui a bien voulu me donner la note dont voici le résumé :

« La malade a une température élevée (39°), le facies grippé, des frissons et des vomissements répétés. L'abdomen est uniformément distendu et très douloureux. Bref, le diagnostic de péritonite me paraît évident et la patiente me refusant, avec le droit de la toucher, la possibilité d'un diagnostic précis, je me borne à une médication symptomatique (collodion sur l'abdomen et potion de Rivière). Le lendemain et le surlendemain l'état s'aggravant de plus en plus, le mari se décide aux aveux, et, par le toucher vaginal, je découvre enfin le corps du délit. Ses quinze ans de réclusion lui ont laissé tous ses caractères de corps lisse et arrondi. Il est solidement encastré dans le cul-de-sac postérieur et dans la brèche qu'il a faite à la cloison recto-vaginale. Je fais aussitôt comprendre la nécessité d'une extraction, et j'y procède le 3 mai, avec l'assistance de mes amis les D[rs] Hatrusseau et de Mer. L'extraction est faite sous le chloroforme, après asepsie très soignée de la vulve, du vagin et du rectum. La mobilisation du pot ne devient possible qu'après l'ablation d'un gros bourgeon charnu qui a pénétré dans son intérieur, puis l'opération se termine sans autre incident. La perforation recto-vaginale se montre alors avec tous ses caractères, elle siège très haut, elle occupe toute la largeur du fond du cul-de-sac vaginal et ses dimensions, comme l'état des parties qui l'entourent, me défendent toute tentative actuelle de réparation. Dès le lendemain, les accidents disparaissent, et peu de jours après la malade reprend son activité. Je la revois le 23 juin, et pour tâcher de modérer un peu le passage des matières fécales par le vagin, je conseille l'usage d'un pessaire de Gariel. Les résultats de cette obturation artificielle sont d'abord assez satisfaisants, mais bientôt la patiente reconnaît elle-même la nécessité d'une occlusion définitive et, sur mon conseil, elle se rend à Paris, le 25 janvier 1895, pour entrer dans le service de mon ami M. Paul Segond, qui l'opère en ma présence le 31 janvier. »

Avant de décrire l'artifice que j'ai employé pour obtenir la disparition de l'infirmité qui m'était ainsi confiée, je tiens à préciser les conditions dans lesquelles se trouvait la brèche recto-vaginale : très haut située dans le fond du cul-de-sac postérieur, dont elle occupait toute la largeur, elle se présentait là, comme une vaste fente transversale, à bords calleux et indurés, donnant très libre accès du rectum au vagin et *vice-versa*. Son bord supérieur était constitué par le col utérin lui-même dont la lèvre postérieure indurée et ulcérée se trouvait comme fusionnée avec la muqueuse rectale ; son bord inférieur affectait la forme d'un gros bourrelet transversal et ses extrémités donnaient au doigt la sensation de tractus cicatriciels entre-croisés. Le cathétérisme utérin ne révélait pas de rétrécissement cervical, et la lèvre antérieure du col était à peu près saine. Mais dans le cul-de-sac vaginal antérieur, on voyait encore les traces de l'ulcération transversale que le pot de pommade s'était creusée à ce niveau. Toutes ces lésions étaient sans doute faciles à voir en s'aidant d'un spéculum, mais l'accès direct de la fistule n'en restait pas moins assez difficile parce que l'utérus, retenu par les adhérences de la dernière poussée périmétritique, s'abaissait mal, et surtout parce que le périnée parfaitement intact offrait une épaisseur et une résistance peu communes.

En présence d'une telle fistule, que faire ? A la rigueur, j'aurais pu pratiquer la section totale du périnée, pour tenter ensuite une colpopérinéorrhaphie immédiate par la méthode de Lawson Tait. C'est à coup sûr le procédé de choix pour la grande majorité des fistules recto-vaginales compliquées de lésions périnéales. Mais dans le cas particulier, la solidité du périnée était vraiment trop remarquable pour que je risque de la compromettre. Et puis, la largeur de la fistule était telle que, même après division totale de la cloison recto-vaginale, il m'eût été impossible de tenter le rapprochement de ses commissures. Il fallait donc, de toute nécessité, appliquer une autre méthode. Or, dans les procédés connus je ne voyais rien qui pût me donner satisfaction.

La suture, après simple avivement, pratiquée soit par le

vagin, soit par le rectum, aurait, suivant l'usage, certainement échoué. *L'autoplastie par dédoublement* de Sänger (1), avec sutures perdues, de Lœvenstein (2) sur l'orifice rectal, *l'autoplastie par glissements* de Fritsch (3) et surtout l'*autoplastie par glissement à lambeaux superposés* de Le Dentu (4) étaient les trois seuls procédés de suture directe susceptibles de me tenter. Mais, comme je l'ai dit, c'est le col utérin lui-même qui formait la lèvre supérieure de la fistule. Il était comme fusionné à la paroi rectale correspondante et cette disposition me défendait toute tentative de dédoublement ou de glissement. D'autant, que l'impossibilité d'abaisser franchement l'utérus rendait l'accès de la fistule très difficile. Aurais-je eu quelque avantage à tourner la difficulté en passant par la voie sacrée, comme l'a fait une fois Heydenreich (5) ? Je ne le crois pas. Bien que ce chirurgien distingué ait obtenu de la sorte un succès remarquable, il n'en résulte pas, à mon avis, que le procédé mérite une généralisation. J'espère, en effet, démontrer qu'on peut faire mieux, beaucoup plus simplement et sans s'exposer aux incidents qui ont retardé la guérison de l'opérée d'Heydenreich. Le huitième jour, il y a eu passage des matières par la plaie sacrée, et la cicatrisation définitive n'a pas réclamé moins de deux mois et demi.

Après ces éliminations successives, deux procédés restaient seulement à choisir : celui de Félizet (6) et celui de

---

(1) SÆNGER. The operative treatment of recto-vaginal fistula. *Buffalo med. and surg. Journ.*, juin 1891.

(2) LŒVENSTEIN. Voyez figure 418 du *Traité de gynécologie* de S. Pozzi, 2e édition p. 966 ;

(3) FRITSCH. *Centr. f. Gyn.*, 1888, p. 804. — Voy. figures 426 et 427 du *Traité de gynécologie* de S. Pozzi, 2e édit., p. 970.

(4) LE DENTU. Procédé d'occlusion de fistules recto-vaginales. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XVI, p. 589.

(5) HEYDENREICH. Un cas de fistule recto-vaginale opérée par la voie sacrée. *Congrès de chirurgie*. Lyon, 1894, p. 718.

(6) FÉLIZET. Traitement de la fistule recto-vaginale ; rapport de M. P. SEGOND. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 701.

Quénu (1). L'un et l'autre m'auraient permis de tenter la cure de la fistule, sans toucher au périnée. Le procédé de Quénu, moins sommaire et plus sûr que celui de Félizet, était notamment très indiqué. Quénu conseille, en effet, comme Félizet, de procéder par voie de dédoublement périnéal, avec l'idée préconçue de supprimer l'influence pernicieuse du contact des gaz. Mais, poussant plus loin l'œuvre de réparation, il se garde de sacrifier le feuillet postérieur du dédoublement périnéal et s'attache à fermer par des sutures appropriées la perforation vaginale, aussi bien que la perforation rectale. Il termine par la section sous-muqueuse du sphincter et le drainage temporaire de la brèche périnéale. Cette manière de faire aurait donc pu répondre assez bien à mes intentions. Et cependant, ce n'était pas encore la vraie solution. La cloison recto-vaginale une fois dédoublée, l'élévation de la fistule et l'impossibilité d'abaisser franchement l'utérus auraient sûrement compliqué beaucoup le placement des fils; l'échec des sutures, comme la lenteur de la guérison, seraient par conséquent devenus autant d'éventualités possibles sinon probables, et pareille incertitude ne cadrait pas du tout avec mes projets.

C'est alors que m'est venue la pensée suivante : *supprimer la portion de rectum située au-dessous de la fistule, sans compromettre ni le sphincter, ni le périnée; aller prendre le rectum au-dessus de la fistule, le dégainer et l'abaisser jusqu'à l'anus*. N'était-ce pas remplir au mieux toutes les indications, supprimer la brèche rectale, sans courir les risques d'une suture laborieuse, enlever au contenu de l'intestin toute issue possible vers les surfaces cruentées, et se placer ainsi dans des conditions telles que la guérison se trouvait, en quelque sorte, réalisée séance tenante? Il me paraît difficile de n'en point convenir, d'autant que l'artifice opératoire auquel je voulais confier la guérison n'était en somme que l'exagération de l'abaissement rectal, sans lequel on ne fait

(1) QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1890, t. XVI, p. 706.

pas de bonne colpopérinéorrhaphie. Ce détail de technique est maintenant bien connu. Pozzi (1) en a montré toute l'importance. Je l'ai souligné moi-même (2) à propos d'une communication de Routier (3). Dans toute colpopérinéorrhaphie, la mobilisation large et l'abaissement du rectum isolent les surfaces cruentées, permettent d'éviter les sutures isolées de l'intestin et donnent, en définitive, la meilleure garantie de succès. Or, je le répète, je ne poursuivais pas autre chose que l'application, en très grand, de cette même manœuvre. Mon but était donc au moins rationnel.

Restait à savoir si le rectum se laisserait abaisser du haut de la fistule jusqu'à l'anus, ce dont mes assistants semblaient un peu douter. Mais j'avais, pour les convaincre et me donner confiance en moi-même, les deux données positives que voici : la première, c'est que, dans les extirpations de l'extrémité inférieure du rectum pour affections organiques (retrécissements ou cancers), il est possible d'aller prendre ce qui reste du rectum, de le dégainer sans ouvrir le péritoine et de l'abaisser jusqu'à la peau, alors même que la section rectale porte à une bonne longueur d'index au-dessus de l'anus. Le deuxième point, dont ma pratique antérieure me donnait aussi la parfaite assurance, c'est qu'à la faveur d'une dilatation de l'anus, exécutée largement et sans brusquerie, on peut faire une extirpation rectale intra-sphinctérienne, suturer à la peau la tranche rectale abaissée et voir ensuite le sphincter récupérer l'intégrité de ses fonctions. Toute objection capitale étant ainsi levée, j'ai décidé l'intervention et voici comment j'ai procédé :

La malade étant en position dorso-sacrée, j'ai fait avec les doigts une dilatation lente, cadencée et très complète du sphincter, puis, après avoir incisé circulairement la muqueuse rectale à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa jonction

---

(1) Pozzi. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 209.

(2) *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1891, t. XX, p. 221.

(3) Routier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894, t. XX, p. 206.

avec la peau, je me suis mis en devoir de libérer le segment de rectum à réséquer. J'insiste sur la nécessité d'inciser la muqueuse anale un peu au-dessus de sa jonction avec la peau parce que si la section porte plus bas, la cicatrice ultérieure ne se cache pas assez bien dans la dépression anale, la muqueuse tend à prolaber en tout ou en partie et les opérés en sont incommodés. Quant à la libération du segment rectal, elle s'est effectuée sans difficulté.

Une fois la muqueuse anale séparée du sphincter par dissection, et la zone sphinctérienne dépassée, j'ai saisi toute l'épaisseur de la paroi rectale, et procédant avec les doigts, sans le secours d'aucun iustrument tranchant, j'ai dédoublé la cloison recto-vaginale, dans toute sa hauteur, jusqu'à la fistule. Arrivé là, j'ai pris un instant le bistouri pour trancher le trajet de la fistule et séparer son orifice rectal de son orifice vaginal, puis, j'ai continué la libération de la paroi antérieure du rectum au-dessus de la fistule en la décollant avec l'ongle, du péritoine qui la double à ce niveau. Séparation facile, parce que le péritoine de cette région, renforcé qu'il est par l'épanouissement terminal de la couche musculaire lisse postérieure des ligaments larges, présente l'épaisseur et la résistance voulues pour se laisser décoller sans risques de déchirure. Afin de faciliter ce temps spécial, j'avais pris soin d'immobiliser l'utérus et de le fixer au maximun d'abaissement possible, à l'aide d'une pince de Museux passée par le vagin, amarrée sur le col et confiée à un aide.

Cela fait, je me trouvais dans la situation suivante : la pince dont je viens de parler immobilisait l'utérus. Deux écarteurs assuraient la béance du sphincter dilaté et mettaient tout à portée de mes yeux et de mes doigts. J'avais enfin prise solide sur l'extrémité inférieure du rectum encore adhérent sur presque toute sa face postérieure, mais complètement libéré sur sa face antérieure. Quant à la fistule, elle était, elle aussi, dédoublée et par conséquent transformée en deux brèches transversales dont l'une vaginale se voyait au ras du col, en haut de la paroi vaginale et dont l'autre,

intestinale, allait suivre le rectum dans son abaissement pour être finalement réséquée avec lui. Rien de plus simple, par conséquent, que de continuer l'opération : saisissant alternativement de la main gauche, soit la partie de paroi rectale antérieure, qui, avant son dédoublement, limitait en arrière la lèvre supérieure de la fistule, soit l'ensemble du segment rectal libéré, me servant d'autre part de l'ongle de mon pouce droit pour décoller les tissus, j'ai progressivement dégainé par tractions successives la portion de rectum située au-dessus de la fistule, jusqu'à ce que le bord supérieur de la brèche rectale fût suffisamment abaissé pour être suturé à l'anus.

L'abaissement de la paroi rectale antérieure devait être, par conséquent, aussi large que possible et sa résection porter franchement au-dessus du niveau de la brèche fistuleuse. Mais sur les parties latérales et surtout sur la partie postérieure, il eût été exagéré de ne pas être plus parcimonieux, de ne pas proportionner la résection à la bonne conformation ultérieure de la région, en retranchant juste ce qu'il fallait pour éviter tout plissement nécessaire de sa paroi antérieure. C'est précisément ce que j'ai fait. Il en est donc résulté que le segment rectal dégainé au dehors de l'anus était beaucoup plus haut en avant qu'en arrière et que la section sus-fistuleuse du rectum a été faite suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant d'une part au-dessus de la fistule et d'autre part à 3 centimètres environ au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter.

Le rectum ainsi traité, l'opération était terminée ou peu s'en faut, et je ne fais qu'énumérer les derniers temps trop simples pour être détaillés : suture à la soie plate du rectum abaissé au niveau de l'anus ; par le vagin, rapide avivement de la brèche représentant le dernier vestige de la fistule et suture de ses deux lèvres par des fils de catgut perdus ; petit drain placé dans le décollement recto-vaginal ; enfin, pansement fort simple constitué par une mèche de gaze iodoformée dans le vagin, un tube de caoutchouc dans l'anus, pour

l'échappement des gaz et une compresse aseptique sur le tout.

Les suites de cette opération ont été des plus simples, et je puis dire que le résultat thérapeutique a dépassé mes espérances. Au bout de quarante-huit heures, j'ai enlevé le petit drain anté-rectal. Il n'y a pas eu la moindre élévation thermique. Bien loin de constiper la patiente, nous avons provoqué les selles quotidiennes dès le lendemain de l'intervention. Les fils fixant le rectum à l'anus ont été enlevés au bout d'une semaine; la cicatrisation était complète à cette date et, peu de temps après, la malade a quitté mon service complètement guérie. Les fonctions sphinctériennes avaient retrouvé leur intégrité et la suture se cachait si bien au fond de la dépression anale, qu'il était pour ainsi dire impossible, à première vue, de retrouver les traces d'une intervention quelconque. Quant à la fistule, tout ce qu'il en restait, c'était la brèche du cul-de-sac vaginal postérieur suturée au catgut, mais en tant que fistule recto-vaginale, il ne pouvait plus être question d'elle. Elle avait disparu avec le segment intestinal réséqué, la paroi rectale saine, abaissée comme un voile au-devant de l'orifice vaginal de l'ancienne fistule, fermant désormais toute communication possible avec le rectum, et si j'osais risquer une comparaison, je pourrais donner une juste image de l'artifice opératoire employé, en disant que la volonté de fermer sûrement la fenêtre d'un bon premier étage m'avait conduit à cette mesure radicale de tirer le store jusqu'au rez-de-chaussée pour le fixer à ras de terre.

Le nouveau procédé opératoire que je viens de décrire me paraît digne d'attention. Il m'a donné un résultat merveilleux dans un cas qui n'était justiciable d'aucun des procédés classiques connus, et je le crois susceptible d'être généralisé. Qui peut le plus peut le moins, et puisque la suppression par abaissement rectal est possible pour une fistule sise au ras du col, il est bien clair qu'on pourra procéder de même avec d'autant plus d'aisance que la brèche à combler sera plus bas située. Toutes les fois qu'une fistule recto-vaginale en vaudra la peine par ses dimensions et ne s'accompagnera pas

de lésions périnéales réclamant elles-mêmes opération, je ne vois pas pourquoi la préférence ne serait pas donnée à cette manière de faire essentiellement sûre.

Cette application nouvelle de la mobilisation large du rectum avec abaissement maximum de sa paroi antérieure, me paraît mettre ce temps opératoire en valeur très particulière, quand on envisage le traitement des fistules recto-vaginales dans son ensemble. Que l'abaissement rectal complète et protège une colpopérinéorrhaphie, qu'il résume, au contraire, à lui seul toute l'intervention, sa portée reste la même, il supprime la fistule. Son rôle est donc primordial, son efficacité supérieure et, pour dire toute ma pensée, je crois qu'en présence d'une fistule recto-vaginale quelconque on aura toujours avantage à subordonner à la nécessité première d'abaisser jusqu'à la peau la partie de la paroi rectale sise au-dessus de la fistule. La manœuvre est toujours possible ; elle dispense des sutures compliquées et des dédoublements parcimonieux, et je n'en connais pas qui puisse donner le résultat cherché avec autant de certitude et de simplicité. Quel que soit l'avenir de cette manière de voir, il n'en reste pas moins démontré que dans les cas analogues au mien, le nouveau procédé que je conseille offre une incontestable supériorité. Je crois donc utile de résumer en quelques lignes son mode d'exécution et, grâce aux deux dessins que je dois à mon maître Farabeuf, je n'ai pas à craindre d'être confus.

La malade étant préparée, endormie et placée en position dorso-sacrée, voici la succession et les particularités principales des temps opératoires qu'il convient d'exécuter (voy. fig. 1 et 2) :

1° *La dilatation de l'anus.* — Cette dilatation doit être digitale, lente, cadencée, suivant l'ancienne expression de Récamier, et aussi complète que possible. En procédant ainsi, la muqueuse n'éclate pas sous les doigts, on obtient un accès des plus larges, et ultérieurement, le sphincter recouvre toujours l'intégrité de ses fonctions.

2° *La libération par dissection du cylindre muqueux intra-anal.* — L'incision circulaire de la muqueuse anale doit porter à 2 ou 3 millimètres au-dessus de sa continuation avec la peau. Cette précaution est indispensable pour que

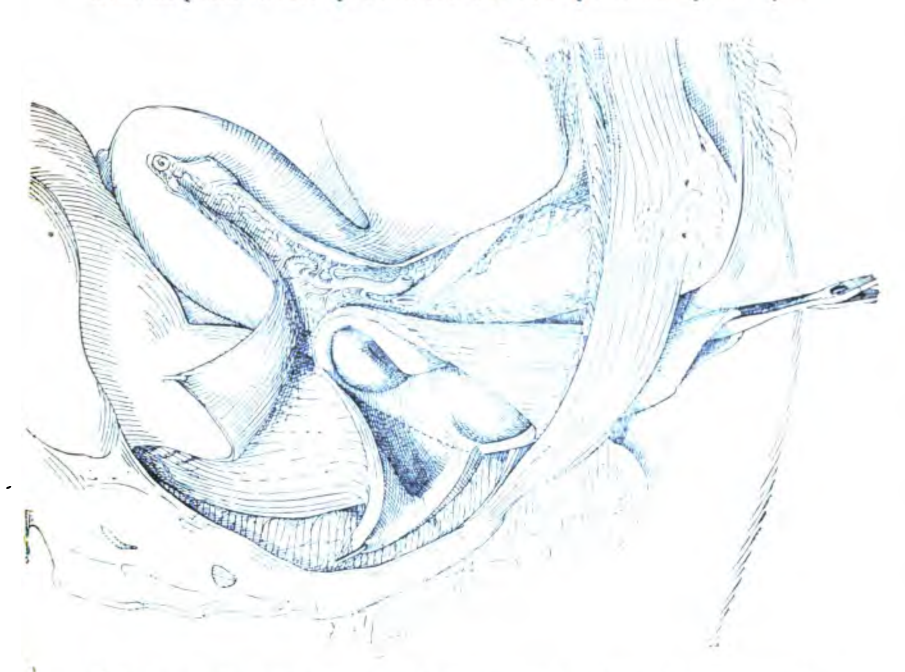


Fig. 1. — Cette coupe antéro-postérieure montre l'obliquité du plan suivant lequel j'ai réséqué le rectum. Un crochet soulevant le segment rectal en arrière, on voit en avant la communication recto-vaginale ; elle conduit sur le col utérin qu'il était facile de voir et de toucher par le rectum. Au-dessus, un crochet soulève le péritoine épais qui double le cul-de-sac de Douglas et que j'ai décollé pour abaisser le rectum. En bas, une pince saisit la portion de rectum destinée à la résection ; cette portion de rectum est mobilisée sur toutes ses faces et passe au centre de l'anneau musculaire sphinctérien.

la ligne de suture ultérieure soit bien cachée dans la dépression anale. La muqueuse une fois incisée circulairement, rien de plus simple que de la disséquer dans toute la hauteur du sphincter par une série de petits coups de ciseaux. Cela

fait, la béance du sphincter mis à nu est maintenue par deux écarteurs et vous pouvez saisir toute l'épaisseur des parois rectales pour procéder au temps suivant.

3° *Le dédoublement de la cloison recto-vaginale avec mobilisation, abaissement et résection du segment rectal situé au-dessous de la fistule.* — Le dédoublement de la cloison

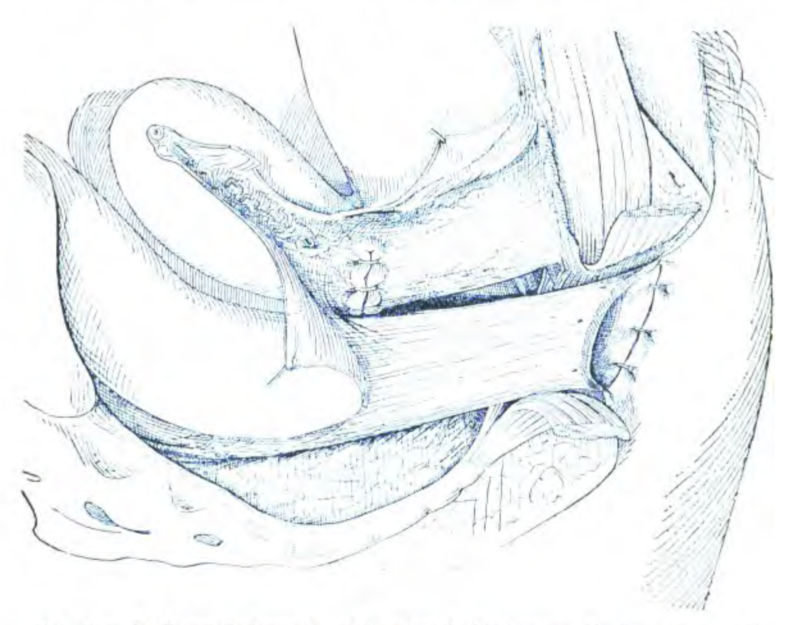


FIG. 2 — La figure 2 résume la réalisation de l'opération. En bas, la moitié droite du sphincter est sectionnée et relevée pour laisser voir la suture anale du segment rectal abaissé. En haut, au-dessous du péritoine de Douglas relevé par un crochet, et sur le cylindre vaginal, on voit l'orifice vaginal de la fistule fermé à l'aide de trois fils placés par le vagin.

doit être fait au doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, jusqu'à la fistule. Le trajet de la fistule est alors tranché au bistouri ; vous la dédoublez ainsi en deux orifices désormais indépendants, un orifice vaginal et un orifice rectal. Puis saisissant avec les doigts la paroi rectale antérieure au-dessous de son orifice fistuleux et laissant de

nouveau tout instrument tranchant, vous continuez le dédoublement recto-vaginal en le combinant à l'abaissement par traction, jusqu'à ce que la portion de rectum correspondant au bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule soit suffisamment abaissée pour se laisser suturer à la collerette muqueuse qui borde la peau de l'anus. Pour faciliter ce temps de mobilisation et de dégainement une pince de Museux préalablement passée par le vagin, fixe l'utérus. L'abaissement du rectum se fait par tractions successives et le décollement périrectal s'exécute avec l'ongle du pouce. Mon observation démontre que la manœuvre est possible, quelle que soit l'élévation de la fistule, et que le péritoine épaissi de la cavité de Douglas se laisse refouler sans risquer de se rompre.

Au fur et à mesure que s'abaisse la paroi rectale antérieure, il est clair que les parties latérales et postérieures du cylindre rectal se plissent et saillent au dehors. Ce plissement doit être d'abord négligé, puis, lorsque l'abaissement de la paroi rectale antérieure est réalisé au degré voulu, vous libérez le cylindre rectal sur les côtés, puis en arrière, de quantité suffisante pour qu'il ne se plisse plus et pour que l'affrontement se fasse dans de bonnes conditions après la résection du segment rectal inférieur à la fistule. Si je me fais bien comprendre, on voit que cette résection doit être faite suivant un plan oblique de haut en bas et d'avant en arrière, passant, d'une part, par le bord supérieur de l'orifice rectal de la fistule et, d'autre part, au-dessus du bord postéro-supérieur du sphincter, à une distance variant évidemment avec les dimensions de la résection, c'est-à-dire avec la hauteur du siège de la fistule.

4° *La suture du rectum à l'anus.* — Cette suture se fait à la soie plate, suivant les règles habituelles; pour peu que le dédoublement recto-vaginal soit étendu, je crois prudent de laisser en avant la place d'un petit drain qui, pendant deux ou trois jours, assure l'écoulement des liquides qui peuvent suinter à ce niveau.

5° *La suture après avivement de l'orifice vaginal de la fistule.* — Cette suture se fait naturellement par voie vaginale. On pourrait s'en passer, puisque la communication rectale a disparu avec le temps précédent et que le store rectal forme la fenêtre vaginale; il est cependant préférable de fermer l'orifice vaginal avec quelques points de catgut pour que les sécrétions utéro-vaginales ne puissent pas s'insinuer dans la plaie qui résulte du dédoublement recto-vaginal.

6° *Le pansement.* — Le pansement, fort simple, est constitué par une mèche de gaze iodoformée placée dans le vagin, par un tube de caoutchouc placé dans le rectum pour l'échappement des gaz et par une compresse aseptique maintenue au-devant de la région ano-vulvaire par un bandage en T. Ce tube rectal est supprimé avec la première selle, le petit drain placé dans le dédoublement, au bout de quarante-huit heures, et vers le huitième jour, quand on enlève les fils, la guérison est réalisée. Il va de soi que la liberté quotidienne du ventre peut et doit être maintenue dès le premier jour, sans aucun souci des sutures anales dont il suffit d'assurer la propreté après chaque évacuation.

L'ÉPISPADIAS CHEZ LA FEMME

Par **M. Durand**, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon.

Historique. — L'épispadias de la femme est une affection extrêmement rare, si rare que nous n'avons pu en trouver dans la science que 6 observations authentiques répondant exactement à ce nom. Il partage, du reste, ce caractère avec toutes les autres malformations des voies urinaires de la femme. Il est intéressant de mettre ici en parallèle la fréquence relative des malformations génitales, absence, imperforation, duplicité du conduit utéro-vaginal, avec l'extrême rareté des vices de conformation uréthraux et même vésicaux. On compte

les cas d'hypospadias, d'occlusion uréthrale, il n'existe peut-être pas d'exemple de duplicité (1). Parmi toutes ces monstruosités locales, l'exstrophie de la vessie qui, suivant Puech, se rencontre une fois sur 500,000 naissances, c'est-à-dire une fois sur un million de filles, est cependant la plus fréquente. Ce fait, un peu extraordinaire, s'explique sans doute par cette loi, émise autrefois par Geoffroy Saint-Hilaire, que les organes ont d'autant moins de tendance à être malformés qu'ils sont plus simples et apparaissent plus tôt dans l'évolution embryologique.

Jusqu'à ces derniers temps, même, on ignorait l'existence de cette anomalie et en 1863, dans sa belle thèse d'agrégation, le professeur Guyon affirmait que l'épispadias pas plus que l'hypospadias ne peut « être observé chez la femme ». Il admettait bien que l'exstrophie vésicale s'accompagnait d'épispadias, mais cette dernière malformation n'avait pas encore été observée et, en essayant d'adapter à l'organe féminin la définition qu'il donnait de l'épispadias vrai, il jugeait qu'elle était impossible.

Admise par Picardat (2), niée par la plupart des auteurs, l'existence de l'épispadias ne semble avoir été reconnue définitivement qu'en 1882 dans la thèse de Nunez (3), inspirée par M. Guyon. On trouve dans ce mémoire une observation fort intéressante, rangée sous le vocable épispadias, mais que pour nous, nous ne pouvons continuer à considérer comme telle. On verra plus loin que la lésion est plus avancée que dans l'épispadias vrai et que nous la mettons dans le cadre des exstrophies vésicales incomplètes, exstrophies sous-symphysaires. Alors paraît l'observation de Frommel. La seule année 1886 voit publier trois observations d'épispadias

---

(1) TESTELIN a publié (*Gazette médicale*, 1861) un cas dans lequel « immédiatement au-dessous du clitoris, à 3 centimètres de l'orifice rectal, il existait une ouverture irrégulièrement arrondie, tapissée d'une pseudo-muqueuse comme un orifice fistuleux ».

(2) PICARDAT. Th. Paris, 1888.

(3) NUNEZ. Th. Paris, 1862.

par Dohrn (1), Richelot (2), Bazy (3), puis M. Auffret (4) en rapporte une fort intéressante en 1892 et Himmelfarb (5) publie la dernière en 1893.

On voit combien est courte la bibliographie de la malformation qui nous occupe; nous aurons cité les 6 observations connues d'épispadias vrai quand aux cinq précédentes nous aurons ajouté une malformation décrite par Gosselin (6), qui constitue le cas le plus simple que présente actuellement la littérature médicale.

On voit que cette malformation est encore très mal connue, aussi les auteurs classiques, même les plus complets, ne lui accordent-ils que quelques lignes ; il n'existe pas de monographie de cette question de tératogénie féminin e.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Il importe d'abord de préciser très exactement ce qu'on doit entendre par épispadias. On ne peut en trouver de meilleure définition que celle adoptée par M. Guyon pour l'homme dans sa thèse d'agrégation : « *L'épispadias est une ouverture fissuraire plus ou moins* « *étendue de la paroi supérieure de l'urèthre avec ectopie de* « *ce canal.* » Le mot d'ectopie cependant manque un peu de précision, peut-être serait-il plus exact de dire : « *avec transport de ce canal au-dessus du tubercule génital* ». De cette façon, il faudra deux éléments pour qu'une malformation uréthrale rentre dans ce cadre : 1° que l'urèthre soit transporté au-dessus du clitoris; 2° qu'il manque une portion plus ou moins considérable de sa paroi supérieure.

Un troisième élément, négatif celui-ci, est encore nécessaire : il faut que la lésion soit bornée à l'urèthre et que la vessie ne soit pas touchée, au moins dans l'existence de ses

(1) DOHRN. *Zeitsch. f. Geb. und Gyn.*, 1886.
(2) RICHELOT. *Union méd.*, 1886.
(3) BAZY. Thèse agr. de Guinard, 1886.
(4) AUFFRET. *Cong. Fr. de chir.*, 1892.
(5) HIMMELFARB. *Arch. f. Gyn.*, 1893.
(6) COUSTOU. *Bullet. de la Soc. anat.*, 1875.

parois. Son calibre peut être diminué, mais sa paroi intérieure doit être complète.

Les lésions de l'épispadias vrai peuvent présenter trois degrés; mais, avant de les exposer successivement, il est nécessaire de jeter un coup d'œil sur la disposition du canal excréteur de l'urine chez la femme en la considérant sur une coupe vertico-médiane (fig. 1).

On voit ainsi que ce conduit peut être divisé en trois portions. La première est virtuelle, en quelque sorte, elle comprend la portion supérieure du vestibule vulvaire. Celui-ci, en effet, peut être considéré schématiquement comme formé de deux parties superposées : l'une inférieure, continuant le vagin, s'étend de la fourchette au tubercule antérieur, c'est une portion génitale; l'autre, supérieure, urinaire, continuant l'urèthre, a deux parois latérales constituées par chacune des petites lèvres, une paroi supérieure formée par le clitoris, une paroi inférieure formée par le plan idéal qu'on suppose séparer les deux portions ainsi comprises de la cavité uro-génitale.

Les deux autres portions du canal urinaire sont constituées par l'urèthre lui-même. La première s'étend du méat au plan symphysaire, urèthre sous-symphysaire, la dernière va de ce point, peu précis du reste, au sphincter vésical, c'est l'urèthre rétro-symphysaire. Suivant que le conduit urinaire manquera de l'une, des deux premières ou de l'ensemble de ces portions, on sera en présence de l'un ou de l'autre des trois degrés de l'épispadias.

Premier degré. — Ici, on a en quelque sorte ectopie simple de l'urèthre.

Dans ce cas, en effet, le méat est reporté au-dessus du clitoris, le conduit urinaire abandonnant le vestibule s'est égaré au-dessus de sa place ordinaire. Il a conservé ses dimensions, en principe au moins, mais sa portion antérieure n'a qu'une paroi inférieure.

En effet, le dos du clitoris lui constitue une paroi inférieure, il n'y a plus ni plafond ni parois latérales. La peau s'étend

directement de l'implantation clitoridienne au mont de Vénus en formant un plan incliné (fig. 2).

Cette malformation mérite le nom de « *épispadias clitoridien* ». Gosselin apprenait à ses élèves que cette anomalie peut se rencontrer ; il semble en avoir observé plusieurs exemples, mais ne le dit pas d'une façon précise. Il appelait simplement l'attention sur ces cas « assez fréquents qui peuvent offrir une difficulté pour le cathétérisme ». Il ne semble pas que personne depuis lui en ait observé, et les examens innombrables aujourd'hui en gynécologie devraient, s'ils étaient fréquents, en avoir révélé de nouveaux.

Coustou est assez sobre de détails. Il dit simplement que l'urèthre s'ouvrait au-dessus du clitoris et que ceci fut découvert par hasard sur une femme entrée à Lariboisière pour fibromes et qui avait été prise de rétention d'urine. C'est en voulant la sonder qu'on reconnut l'ectopie uréthrale.

On peut cependant supposer facilement, au moins pour schématiser, que le reste des organes vulvaires est normal. Le clitoris, le vestibule (sauf l'absence de méat), le vagin peuvent parfaitement offrir leur aspect habituel. Il est probable cependant que, comme c'est le cas ordinaire dans les autres degrés, l'ensemble de la vulve était un peu rapproché de l'anus.

L'épispadias au premier degré, clitoridien, est donc une malformation simple, consistant en un transport de l'urèthre à la face dorsale du clitoris. Il est entièrement, comme on voit, l'homologue de l'épispadias masculin, balanique et pénien. Dans les deux sexes, l'urèthre est de même reporté à la face dorsale du bourgeon génital développé. L'accroissement et la complication prises chez l'homme par cette formation fait que l'on peut chez lui considérer plusieurs degrés ; sa simplicité chez la femme ne lui en permet qu'un seul, celui que nous décrivons.

Bien que, à première vue, le nom d'ectopie uréthrale paraisse caractériser mieux ce vice de développement, il semble que le vocable épispadias soit plus exact car l'ec-

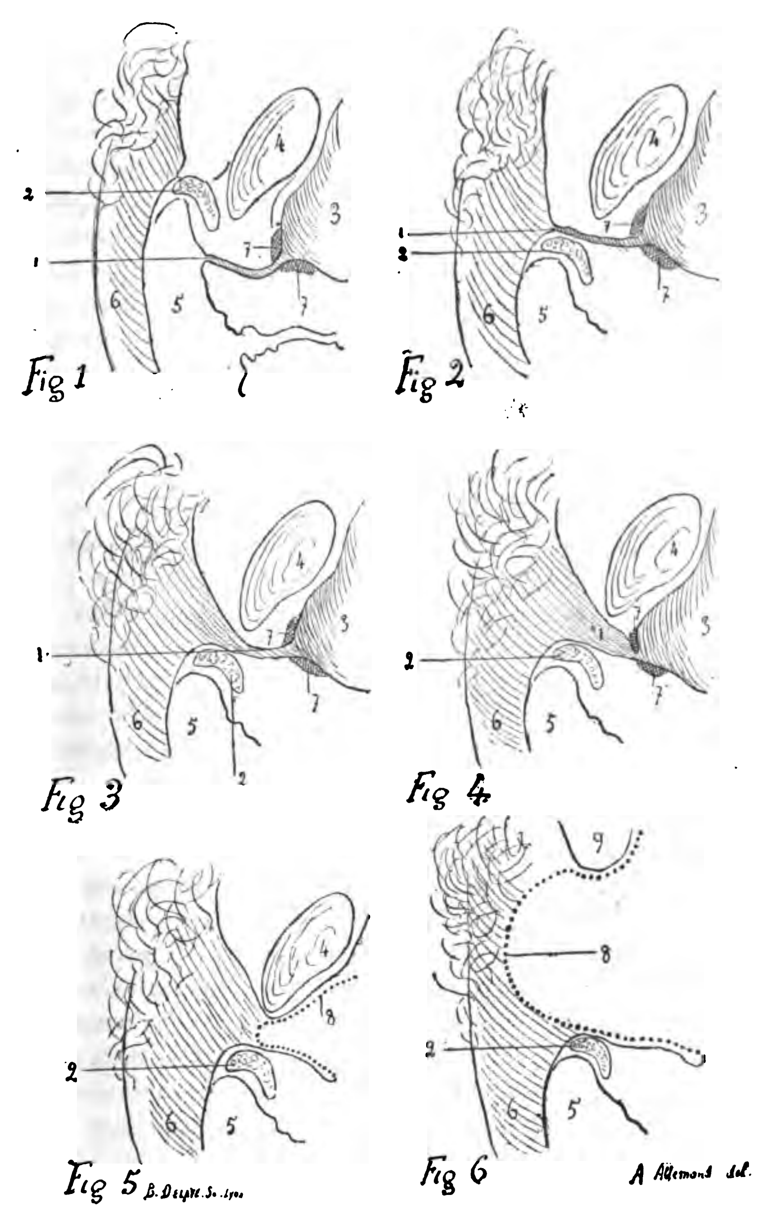


FIG. 1, coupe vertico-médiane d'une vulve normale; fig. 2, épispadias clitoridien ; fig. 3, épispadias sous-symphysaire ; fig. 4, épispadias total ; fig. 5, exstrophie sous-symphysaire ; fig. 6, exstrophie.

LÉGENDE. — 1, urèthre ; 2, clitoris ; 3, vessie ; 4, symphyse pubienne ; 5, petite lèvre ; 6, grande lèvre ; 7, sphincter vésical ; 8 (ligne ponctuée), paroi postérieure de la vessie herniée à travers l'orifice de l'exstrophie.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

De chaque côté la forme en gouttière se continue insensiblement pour venir se relever au niveau de la paroi inférieure à l'attache clitoridienne.

Telle est la déformation principale, celle qui caractérise la variété que nous appellerons *épispadias sous-symphysaire* (fig. 3).

Il peut y avoir des vices accessoires du développement : division du clitoris, comme dans le cas de Richelot, avec ses conséquences obligatoires; absence de commissure antérieure et séparation des grandes et petites lèvres.

Le reste de la vulve est normal à moins d'accident surajouté, la symphyse doit être intacte.

Comme précédemment et aussi comme dans le troisième degré, la vulve tout entière est reportée un peu près de l'anus de façon, pour ainsi dire, à permettre à l'urèthre de trouver place entre les formations génitales et la symphyse.

Cette variété a été observée deux fois. Elle comprend les cas rapportés par Richelot et par Frommel.

Troisième degré. — Ce troisième degré de la malformation renferme les cas où il n'existe plus trace de paroi uréthrale supérieure. Celle-ci manque sur toute sa longueur, jusqu'au sphincter vésical qui forme au fond de la gouttière épispadique une bride plus ou moins saillante et crée au passage involontaire de l'urine un obstacle insuffisant.

La paroi inférieure de l'urèthre est formée par le clitoris ou plutôt par une lame unissant ses deux moitiés, car cet organe est, jusque-là, a toujours été vu divisé. A partir du sphincter, la muqueuse se relève brusquement pour s'accoler au pubis. Il existe ainsi une surface déprimée tendue entre le mont de Vénus et l'urèthre. L'orifice urinaire représente donc un infundibulum à vaste ouverture antérieure se terminant pos-térieurement au sphincter vésical.

On est autorisé à considérer ces faits comme des cas d'épispadias. Ce n'est pas encore une exstrophie, bien qu'on soit exactement à la limite. La paroi vésicale est intacte, en effet, et, par conséquent, par définition même, l'organe ne peut être considéré comme exstrophié.

Dans ce cadre, nous ferons rentrer les observations de Dohrn, Auffret, Himmelfarb (fig. 4).

Ce sont là les seuls cas connus d'épispadias vrai. Nous nous refusons à considérer comme tels le fait de Moricke (1) dans lequel il n'y avait pas d'urèthre. On voyait simplement un orifice urinaire large permettant d'introduire le doigt dans la vessie. C'est là un cas d'exstrophie sous-symphysaire. Il en est de même des malades de Kleinwachter (2), Gosselin (3), Nunez (4).

Ici, en effet, la malformation n'est plus seulement uréthrale et la vessie est touchée. Elle n'a plus gardé l'intégrité de sa paroi antérieure qui manque sur une partie, minime il est vrai, de son étendue.

Or, l'absence d'une partie, quelle qu'elle soit, de la paroi vésicale antérieure suffit à caractériser l'exstrophie.

Il n'est pas nécessaire que toute cette paroi soit absente pour que le malade soit un exstrophique. On doit donc s'élever contre l'opinion de Richelot qui dit que l'exstrophie sous-symphysaire n'est pas admissible. Nous sommes bien forcé d'admettre que l'absence de symphyse n'est pas du tout un élément primordial de l'exstrophie et que ce mot implique simplement absence plus ou moins complète de la paroi vésicale antérieure (fig. 5).

Quand on jette les yeux sur la planche qui termine la thèse de Nunez, on voit du premier coup qu'il ne s'agit pas d'un épispadias. On a un orifice considérable, avec saillie de la paroi vésicale postérieure. Rien ne rappelle un urèthre et, par conséquent, ne peut laisser admettre le vocable épispadias. Aujourd'hui que ces malformations sont mieux connues, on peut les classifier d'une façon plus exacte et il nous semble que l'exstrophie sous-symphysaire offre dans la gradation ascendante des faits tératologiques un intermédiaire

(1) Moricke. *Zeitsch. f. Geburtsh. und Gynäk.*
(2) Kleinwachter. *Monatsch. f. Geburtskunde*. 1869.
(3) Gosselin. *Gaz. des hôp.*, 1851.
(4) Nunez. *Loc. cit.*

caractérisé entre les épispadias et l'exstrophie vraie, mais qu'elle doit porter ce dernier nom.

On n'a vu, jusqu'ici, que les lésions de l'urèthre.

Il existe, à côté d'elles, des déformations sur lesquelles il faut maintenant attirer l'attention.

Clitoris.— Cet organe qui, en principe, pourrait être normal, est la plupart du temps divisé. Ses deux moitiés se sont séparées et chacune d'elles est restée adhérente par sa racine à la branche ischio-pubienne correspondante. Entre ces deux moitiés, il existe un pont membraneux, plus ou moins épais, représentant la cloison uréthro-vaginale normale et qui forme la paroi inférieure de l'urèthre. Le clitoris n'est normal que dans l'observation de Gosselin-Coustou et encore, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, nous supposons qu'il est normal, sans que Coustou le dise d'une façon précise. On peut donc poser en fait général que, dans l'épispadias, le clitoris est divisé.

Grandes et petites lèvres. — Généralement normales de dimensions, elles sont cependant souvent un peu atrophiées, n'offrant pas, dans la région vulvaire, la saillie qu'elles font généralement. Tout l'appareil génital externe, du reste, est plus ou moins atrophié ; le mont de Vénus, par exemple, est peu saillant, parfois peu pourvu de poils ; on n'y voit pas cet épaississement des tissus sous-cutanés qu'il offre à l'état normal. Atrophie plus ou moins marquée des formations labiales tel est donc le caractère ordinaire. Mais ce n'est pas là le fait important.

Celui-ci consiste dans l'absence de commissure vulvaire antérieure.

Au lieu de se réunir en avant au-dessus du clitoris, les grandes lèvres divergent et vont se perdre latéralement aux confins des régions pubienne et inguinale.

Les petites ne se rejoignent plus au manteau préputial du clitoris. La division de ce tubercule les sépare également. Leurs extrémités antérieures divergent, sont séparées par un intervalle plus ou moins considérable et se terminent sur un tubercule clitoridien auquel elles constituent un manteau.

Le relief est variable : elles ont un bord libre dentelé. Frommel a noté qu'elles se rattachent à l'anneau hyménéal par un tractus qui représente peut-être la bride du vestibule décrite par Pozzi à propos du développement de l'hymen.

Le *vagin* peut présenter des anomalies, mais elles sont surajoutées, ne faisant pas partie, à proprement parler, des lésions de l'épispadias. Il en est de même du périnée, de la symphyse pubienne, de la vessie qui, normale en principe, peut être un peu petite, un peu amincie.

Pathogénie. — L'épispadias de la femme, comme celui de l'homme, et comme l'exstrophie, est sous la dépendance d'une malformation des dérivés de la membrane anale. M. Vialleton a montré (1) que l'exstrophie vésicale s'explique par une hypertrophie du bouchon cloacal de Tourneux coïncidant avec un arrêt de développement corrélatif de la paroi infra-ombilicale de l'abdomen. Nous avons montré dans notre thèse que l'épispadias (2) chez l'homme et chez la femme s'explique de la même façon. Nous allons résumer rapidement la pathogénie que nous avons proposée, d'après notre maître M. Vialleton, renvoyant pour plus de détails embryologiques à son mémoire et à notre thèse.

On sait que l'urèthre de la femme est constitué aux dépens de la division antérieure de l'anus primitif séparé en deux canaux par la formation de l'éperon périnéal. Or, l'anus primitif et par conséquent l'urèthre, est creusé dans les tissus par la désagrégation et la chute d'une masse épithéliale qui porte le nom de bouchon de Tourneux, dérivé de la membrane anale. Ce bouchon a encore une sorte de prolongement qui s'enfonce dans les tissus voisins, se met en rapport avec les canaux de Müller, c'est-à-dire avec le vagin et vient creuser un sillon à la face inférieure d'une éminence qui se dresse à la partie inférieure de la paroi abdominale sous le nom de bourgeon génital. Ce bourgeon constitue par sa partie terminale le clitoris, par sa partie inférieure les petites lèvres. Ces dernières sont séparées l'une de l'autre par une

(1) Vialleton. *Arch. prov. de chir.*, 1892.

(2) Durand. *L'exstrophie vésicale et l'épispadias.* Thèse de Lyon, 1894.

cavité qui n'est autre que la vulve et qui est bientôt laissée libre par la chute des cellules de la lame de Tourneux. Normalement, les formations dérivées du bouchon de Tourneux ne font qu'entamer sans le traverser le bourgeon génital. M. Vialleton admet qu'elles peuvent s'égarer au-dessus de lui, et par conséquent donne une ectopie de l'urèthre qui sera situé au-dessus du clitoris. Comme généralement ce déplacement s'accompagne d'un excès de dimensions de la masse épithéliale, l'orifice devient trop grand et on a une exstrophie. Dans les cas d'épispadias, nous admettons que l'excès de dimensions n'est pas suffisant pour amener l'exstrophie et voici comment nous expliquons les trois degrés de l'épispadias féminin.

Épispadias clitoridien. — La lame clitoridienne et le bouchon cloacal ont simplement passé au-dessus du bourgeon génital dont ils auraient dû respecter le dos. Il y a donc ectopie de l'urèthre qui devient situé au-dessus du clitoris et, comme on l'a vu plus haut, manque par ce seul fait de paroi supérieure, de sorte que la malformation mérite bien réellement le nom d'épispadias.

Épispadias sous-symphysaire. — Ici, il y a, outre l'ectopie, une augmentation de volume de la masse épithéliale la plus superficielle. L'ouverture creusée sera donc trop grande et les deux premières portions de l'urèthre (vulvaire et sous-symphysaire) manquent de paroi supérieure. Il est bon de remarquer ici que, si la malformation est supposée ne porter que sur le bouchon de Tourneux et ses dérivés, le plancher de l'urèthre ne pourra pas être attaqué. Il provient, en effet, de l'éperon périnéal, c'est-à-dire d'une formation qui n'a rien de commun avec le bouchon de Tourneux puisque, plus solide que lui, en quelque sorte, elle le coupe en deux. Le clitoris, au contraire, est divisé par le passage de la lame épithéliale ; c'est là l'explication de sa bifidité ordinaire. Rien ne s'oppose, cependant, à ce que ces deux moitiés se rejoignent et se soudent, comme cela arrive normalement dans la formation de l'urèthre pénien de l'homme.

Épispadias rétro-symphysaire. — Ici, la déformation a la même pathogénie que dans le cas précédent, mais l'hypertrophie des dérivés dela membrane anale s'est montrée plus considérable et s'est avancée jusqu'à la vessie qu'elle a laissée intacte pourtant. L'urèthre manque donc entièrement de paroi supérieure. C'est bien là l'épispadias total. Un pas de plus, encore, que le bouchon de Tourneux envahisse ce qui doit devenir la paroi vésicale antérieure et, à sa chute, il donnera un hiatus abdomino-vésical, c'est-à-dire une exstrophie. Si celui-ci ne troue que la partie juxta-uréthrale dela vessie, on aura une exstrophie réduite, exstrophie sous-symphysaire par exemple, cadre dans lequel nous rangeons les observations de Nunez, Gosselin, etc. Si une plus grande partie de la paroi antérieure est emportée, on aura une exstrophie ordinaire, avec disjonction pubienne. On voit donc que, de cette façon, on comprend facilement les liens indiscutables qui relient étroitement les épispadias et les exstrophies, effets tous analogues d'une même cause dont l'intensité seule a varié.

Symptomes. — Les symptômes de l'épispadias sont de deux ordres. A l'examen direct, on constate des symptômes objectifs sur lesquels nous avons suffisamment insisté à propos de l'anatomie pathologique.

Subjectivement, les malades accusent généralement de l'incontinence d'urine. Celle-ci se montre, bien entendu, en rapport avec l'étendue de la lésion. La malade de Coustou ne perdait pas une goutte d'urine; celle de Himmelfarb avait une incontinence complète. Tous les intermédiaires peuvent se rencontrer. Il est facile d'imaginer les caractères de cette incontinence, son exagération par la station verticale, la marche, les efforts, etc.

Les malades peuvent encore accuser des troubles génitaux et des accidents de cystite consécutifs à l'écoulement constant de l'urine et aux lésions qu'il détermine. Ce ne sont là que des complications de la lésion : ses véritables symptômes sont révélés par l'examen local.

Traitement. — Dans l'épispadias, comme dans la plupart des autres malformations, le chirurgien doit être poussé à l'intervention par deux sortes de considérations. Les premières, d'ordre physiologique, regardent la fonction. On est bien obligé, en quelque sorte, de prendre le bistouri quand une malade vient demander à être débarrassée d'une infirmité aussi répugnante que l'incontinence d'urine. Ces personnes qui ne peuvent jouir de la vie de tous ont, en somme, le droit d'exiger davantage, quand la chirurgie peut le leur donner. Les considérations génitales ont presque la même importance. Dès que la malformation atteint un certain degré, alors même qu'il n'y aurait pas incontinence, les malades ne peuvent satisfaire entièrement leurs aspirations génésiques, et ce point particulier n'est pas sans quelque intérêt. Le second ordre est purement moral. On sait que les malformations, quelle que soit leur peu d'importance fonctionnelle, ont toujours sur le caractère une influence malheureuse. Leurs porteurs sont préoccupés de leur lésion, et alors même que toutes leurs fonctions s'exécutent régulièrement, ils demandent volontiers à une intervention même grave de faire disparaître leur imperfection.

Ces quelques considérations sont suffisantes pour autoriser l'intervention, dans la plupart des cas, toutes les fois qu'elle peut donner un bénéfice.

Il est des cas cependant, où la malade n'a rien à demander et, par conséquent à obtenir. Il ne serait venu à personne l'idée de vouloir guérir la malformation de l'observation de Gosselin-Coustou. Pourquoi, dans ce cas, vouloir amener au-dessous du clitoris, c'est-à-dire à sa place normale, l'urèthre qui s'était égaré au-dessus? La malade avait si peu à souffrir de cette anomalie uréthrale qu'elle ne la connaissait très probablement pas. Dans ce cas donc, et dans tous les cas semblables, il faudrait s'abstenir.

Toutes les fois qu'on interviendra, il y aura deux buts à atteindre : 1° réformer l'urèthre en le plaçant autant que possible à sa place ordinaire; 2° restaurer les organes génitaux et leur donner une physionomie normale.

Le deuxième point sera, en général, le plus facile à obtenir. Dans ce but, nous proposerons pour modèle le procédé employé par Schröder dans l'observation de Frommel.

Il consiste à reformer la commissure antérieure avec tous ses éléments : clitoris, grandes et petites lèvres, portion inférieure du mont de Vénus.

Pour cela, on doit faire disparaître l'espèce de gouttière glabre qui s'étend entre les racines divergentes du clitoris et le mont de Vénus. On disséquera pour l'enlever soigneusement, le revêtement muqueux de cette gouttière, de facon à en rapprocher les deux lèvres par des sutures. Dans ce but, deux incisions s'ouvrant de chaque côté de cette surface. Se réunissant en haut sur la ligne médiane, elles aboutissent en bas au tubercule clitoridien. Elles formeront donc les deux côtés latéraux d'un triangle dont la base, inférieure et transversale, sera constituée par une ligne unissant les deux moitiés du clitoris.

Ce triangle sera soigneusement débarrassé de son revêtement muqueux. En faisant cette dissection, on se comportera pour la délimitation du bord inférieur, suivant la forme et les connexions de ce dernier entre l'urèthre et les portions voisines. La face interne de chacun des tubercules clitoridiens sera soigneusement avivée.

Ce travail minutieusement exécuté, il faudra, par des sutures, rapprocher les bords de la portion cruentée. Plusieurs plans de suture devront être employés. Les portions qu'on mobilise paraissant, d'après le rapport des auteurs, assez faciles à affronter, il est bon de faire des plans interstitiels et des plans superficiels. Il nous semblerait avantageux d'employer, pour bien réunir ces surfaces, la suture entortillée. Deux épingles analogues à celles qu'on emploie pour les lèvres semblent devoir maintenir dans une position convenable les tissus sus-clitoridiens.

On en passerait une immédiatement au-dessus du clitoris, l'autre un peu plus haut. Quelques points superficiels convenablement placés suffiront à fermer la plaie dans sa partie supérieure.

On devra s'attacher à donner au clitoris une forme à peu près normale en tachant de suturer au-dessus de lui les deux moitiés distinctes de son manteau. Quelques points au fil d'argent fin sont nécessaires ici.

On aura de cette façon reconstitué d'une façon bien suffisante la commissure vulvaire antérieure; le résultat obtenu par Schöder, figuré dans le travail de Frommel, est très probant et ne peut qu'encourager dans cette voie. Tout cela peut se faire en une seule séance.

Mais ce n'est là, en quelque sorte, que la fin du traitement, sa partie la moins compliquée et aussi la moins importante. Le plus difficile et le plus variable, c'est la restauration de l'urèthre. Ici, il faut considérer plusieurs cas. Ceux-ci paraissent distincts, moins peut-être par la profondeur de l'infundibulum épispadique que par l'évasement, plus ou moins grand de son embouchure, et par les rapports qu'il affecte avec le plan du vestibule, la paroi vaginale.

Trois méthodes semblent pouvoir être préconisées. Nul doute du reste qu'il ne puisse s'en produire d'autres, inventées en présence d'un cas un peu spécial par un chirurgien au fait des opérations qui se pratiquent pour remédier aux vices de conformation acquis ou congénitaux de la région vulvaire.

Dans une première méthode, on pourrait employer le procédé d'Himmelfarb. Ce dernier imagina de rétrécir et d'allonger à la fois l'urèthre. Pour cela il dessina et aviva de chaque côté du méat, un croissant dont la concavité embrassait l'urèthre et qui représentaient chacun un tiers de circonférence. Dans la concavité du croissant était compris un petit lambeau muqueux, qu'il souleva de sorte qu'on avait de chaque côté un petit volet tenu par une base uréthrale. Il adossa la face muqueuse de chacun de ces lambeaux, ce qui allongeait d'autant les parois uréthrales, puis il sutura les croissants avivés en rapprochant le bord supérieur du bord inférieur de chacun d'eux. Il avait donc ainsi effacé en quelque sorte les deux tiers de l'urèthre. Les petits lambeaux une

fois revenus sur eux-mêmes, et modifiés par la rétraction cicatricielle, constituerait autour de l'orifice un bourrelet assez analogue à celui qui environne le méat normal. Le résultat de cette opération fut fort encourageant.

On peut dans certains cas être forcé d'intervenir directement sur l'infundibulum, en en diminuant les dimensions. Pour cela, il faut faire disparaître une partie de sa surface en disséquant un triangle muqueux, dont la pointe plonge dans l'urèthre et dont la base est tournée en avant. On rapproche ensuite les deux bords de ce triangle par des points de suture convenablement placés. On voit de suite que cette méthode demande des conditions particulières. Il faut, en effet, que les tissus soient suffisamment mobiles pour glisser et permettre la mobilisation de la muqueuse et sa suture. Ce procédé, en intervenant directement sur les dimensions de l'orifice, paraît devoir donner d'assez bons résultats. Il peut être employé seul ou servir dans une intervention complémentaire pour parfaire un résultat encore incomplet.

Il nous semble, enfin, qu'on pourrait appliquer ici une méthode analogue à celle que Lawson Tait a imaginée pour la périnéorrhaphie. On pourrait sans doute obtenir une diminution considérable du calibre de l'orifice en augmentant, par ce procédé, les dimensions de l'espace qui sépare l'urèthre du vagin. Dans ce but, nous proposons deux incisions longitudinales réunies en H par une incision transversale dédoublant en une paroi vaginale et une uréthrale la cloison uréthro-vaginale. On réséquerait, s'il y a lieu, une portion de la paroi de l'urèthre, puis on suturerait comme dans le procédé de Lawson Tait. Nous croyons que, par ce moyen, on diminuerait d'une façon très sensible la difformité et que, en recourbant vers la symphyse la portion antérieure de l'urèthre, on pourrait peut-être assurer assez facilement la continence urinaire.

On doit avouer que les tentatives de restauration sont encore trop peu nombreuses pour dicter une conduite ferme au chirurgien. Le plan, du reste, ne peut être tout tracé

d'avance. Il se pose là une question d'autoplastie dont les détails et même la donnée générale, paraissent devoir varier avec chaque cas.

Quant au résultat, on peut admettre qu'il dépend surtout du degré de la malformation. Ce qui intéresse le plus les malades, c'est évidemment la disparition de l'incontinence. Or, s'il n'y a pas d'urèthre et si les parois de l'infundibulum sont très écartées et peu mobilisables, il y a peu de chances pour qu'on arrive à un bon résultat. Il ne faut pas cependant se hâter trop de désespérer; on doit se rappeler que plusieurs interventions sont souvent nécessaires pour amener la continence, et c'est en combinant les méthodes, en rétrécissant progressivement le canal, qu'on peut espérer atteindre le but rêvé. On se rappellera qu'il n'est pas nécessaire que l'urèthre soit contractile pour être continent, que l'adossement de ses parois peut remplacer le sphincter, et dans certains cas, on pourrait peut-être utiliser la méthode de torsion uréthrale qui a donné quelques résultats contre l'incontinence provenant d'autre cause.

MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES DE CHACUN DES TISSUS NORMAUX DANS LA SALPINGO-OVARITE

Par **E. Reymond.**

L'étude des modifications histologiques subies par les tissus de l'ovaire et de la trompe nous sera singulièrement facilitée par ce que nous avons déjà dit de la salpingite à gonocoques et de la salpingo-ovarite à streptocoques; tels sont, en effet, les deux grands types qu'on peut opposer l'un à l'autre et qui, différant entre eux par la topographie microbienne, les symptômes, le pronostic, la forme extérieure des annexes, diffèrent encore par les modifications histologiques.

Est-ce à dire que la microbiologie des annexes se résume à ces deux termes? Certes non, mais les autres microbes sont

moins importants, soit à cause de leur rareté, soit à cause de leur innocuité, soit parce qu'ils sont venus infecter secondairement les annexes et ont laissé à la lésion l'aspect que lui avait imprimé le premier agent infectieux.

Contentons-nous donc de faire l'énumération rapide de ces espèces microbiennes, que nous avons ailleurs plus longuement étudiées (1).

Le *pneumocoque* a été trouvé un certain nombre de fois dans des salpingites d'aspect fort différent. Le nombre des salpingites à *staphylocoques* paraît peu considérable : on ne doit pas confondre le staphylocoque avec certain coccus saprophyte qui lui ressemble. L'*actinomycose* n'a été trouvée qu'une fois dans la trompe : *le bacille de l'œdème malin, le streptococcus longus conglomeratus, le streptococcus brevis* y sont exceptionnels.

Quant aux microbes saprophytes, sans énumérer ceux qu'il nous a été donné de découvrir dans des salpingites anciennes, rappelons qu'ils paraissent correspondre à des espèces vivant normalement dans le vagin ou le col : leur présence dans d'anciennes salpingites blennorrhagiques paraît comparable à celle des microbes saprophytes de l'urèthre antérieur pénétrant dans l'urèthre postérieur à la suite de la chaude-pisse (2).

Ces microbes saprophytes ne dépassent pas la muqueuse alors même qu'il semble tout d'abord en être autrement. (Fig. 1.)

Quant aux microbes venus secondairement dans les annexes à la suite d'adhérences, le plus intéressant est le *bacterium coli*. Lorsque nous eûmes pour la première fois, en 1893, dans le service de M. le professeur Guyon, l'occasion d'étudier cliniquement une salpingite contenant du *coli commune*, nous crûmes avoir affaire à une rareté pathologique ; depuis, nombre d'auteurs ont trouvé cette bactérie, nous-même en

(1) E. Reymond. Thèse Paris, 1895, p. 114.

(2) E. Reymond. *An. des mal. des org. génit.-urin.*, octobre 1893.

avons réuni six observations. L'adhérence avec l'intestin, tel est le grand caractère des salpingo-ovarites qu'elle habite; quant à la forme des annexes et à leur caractère histologique,

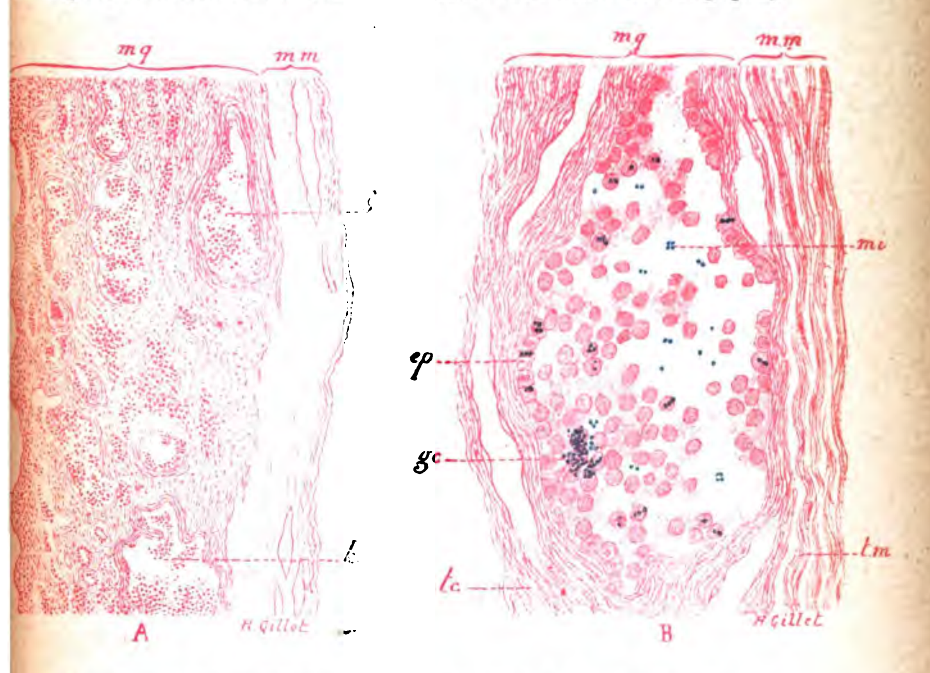


FIG. 1. — Distribution de microbes saprophytes dans une endosalpingite ancienne.

A. — Paroi de la trompe vue à un faible grossissement; *m.q.*, muqueuse très hypertrophiée; *m.m.*, couche musculaire; *e.*, épithélium de revêtement; *k.*, kyste folliculaire; *b.*, région reproduite dans la fig. ci-jointe.

B. — Région *b* vue à un fort grossissement; *m.q.*, muqueuse au contact de la musculeuse; *m.m.*, couche musculaire; *m.i.*, micro-organisme en tétracoque; *g.c.*, groupe de cocci; *e. p.*, cellule épithéliale contenant des cocci; *t.c.*, tissu conjonctif; *t.m.*, tissu musculaire sain, ne contenant pas de micro-organismes.

ils dépendent de l'infection première sur laquelle est venue se greffer celle du *coli commune*.

Tous ces microbes n'ont, comme nous l'avons dit, qu'une importance secondaire à côté du gonocoque et du strepto-

coque : telles sont les deux espèces auxquelles sont dues les deux grandes formes de salpingites. Nous allons voir maintenant quelles lésions histologiques sont communes à ces espèces et quelles les distinguent.

I. — Muqueuse et contenu de la trompe

Il existe une forme de salpingite où la muqueuse seule se trouve lésée, c'est l'*endosalpingite*, qui paraît très rare en comparaison des cas où les tissus sont modifiés dans toute leur épaisseur.

L'*endosalpingite* est peut-être cependant plus fréquente qu'elle ne le semblerait, si on s'en tenait aux pièces fournies par les opérations ; elle ne provoque pas toujours des symptômes justifiant une intervention : si on intervient plus tard, c'est qu'à l'endosalpingite a succédé une forme intéressant plus profondément les tissus. Mais d'autre part, cette endosalpingite peut guérir et les endosalpingites guéries sont probablement nombreuses. Dans toutes les endosalpingites que nous avons eu l'occasion d'étudier, c'est le gonocoque qui paraissait devoir être incriminé.

Le plus souvent, dans les salpingites opérées, les lésions portent sur toute l'épaisseur de la trompe : les modifications que présente alors la muqueuse sont dues non seulement à son inflammation, mais aussi aux modifications des tissus voisins, à la présence du liquide dans la lumière, à la pression concentrique de la couche musculaire, aux troubles vasculaires qui s'y produisent.

a) *Disposition des franges.*

Sous l'influence de l'inflammation, les franges d'abord deviennent plus grandes, les ramifications plus nombreuses ; l'infiltration cellulaire distend le tissu conjonctif, écarte les surfaces épithéliales, tend à effacer les fines ramifications et à donner à la frange un aspect globuleux.

Jusqu'où peut aller cette hypertrophie? Si les causes d'arrêt de développement que nous allons étudier, tardent à se produire, les dimensions qu'atteindront les franges peu-

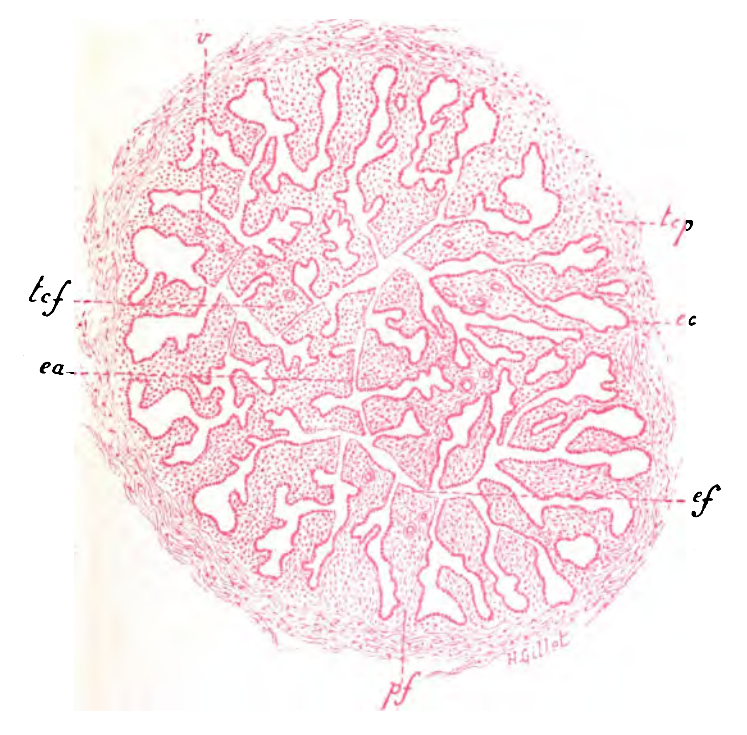


Fig. 2. — Salpingite végétante dans laquelle les franges se compriment réciproquement (observ. X).

t. c. p., tissu conjonctif périphérique de la muqueuse; *e. f.*, extrémité aplatie d'une frange; *p. f.*, pied de cette frange; *e. c.*, épithélium cylindrique entre deux franges; *e. a.*, épithélium aplati à l'extrémité de la frange; *vs*, vaisseaux; *t. c. f.*, tissu conjonctif de l'extrémité d'une frange se continuant avec celui de la frange située bout à bout; il n'y a plus de trace d'épithélium; la soudure des deux franges est rompue sur la préparation par rétraction des tissus.

vent être considérables; c'est la forme de *salpingite végétante*.

Cependant, même dans cette forme, il est rare que toutes les franges prennent un développement aussi considérable ; elles arrivent toujours à se gêner mutuellement, aussi voit-on le plus grand nombre se transformer en petit bourgeons arrondis, tandis que celles qui restent continuent à s'accroître.

Les causes de gêne apportées au développement des franges sont les suivantes :

1° *Pression réciproque ;*

2° *Étranglement de la muqueuse par la couche musculaire ;*

3° *Pression du liquide distendant la trompe ;*

4° *Troubles de la circulation.*

1° L'observation qui a permis de dessiner la planche 2, offre un type des modifications que peuvent subir les franges par *pression réciproque.*

La lumière de la trompe y est très large et cependant elle est comblée par les franges. Les plus grosses d'entre elles appuient leurs extrémités (*e. f.*) sur celles du côté opposé ; il se produit à ce niveau un aplatissement réciproque ; les franges ne sont plus limitées que par des lignes brisées et s'emboîtent les unes dans les autres comme les parties d'un jeu de patience.

L'épithélium subit une transformation curieuse sous l'influence de la pression ; dans le fond du cul-de-sac, où son développement est peu gêné, il reste cylindrique (*ec*), mais au point où se compriment les franges (*ea*) il s'aplatit. Si la pression est trop forte, il disparaît et les deux franges se réunissent ; en *t. c. f.* on voit les surfaces par lesquelles s'étaient soudées les deux franges ; la soudure, encore fraîche, est rompue sous l'influence de la rétraction des tissus.

Lorsque les franges s'unissent ainsi (fig. 3) d'un côté à l'autre de la trompe, elles peuvent constituer un grand nombre de kystes, ou encore elles séparent la lumière en plusieurs lumières secondaires de formes variables et irrégulières ; mais jamais cette lumière ne peut disparaître par ce

procesus d'adhérences, parce que jamais ces adhérences ne se constituent en tous les points de la muqueuse.

2° *L'étranglement de la muqueuse par la couche musculaire* se produit dans le cas où cette dernière augmente d'épaisseur en rétrécissant la lumière de la trompe. La compression se produit latéralement par les franges voisines et non plus à l'extrémité par les franges opposées ; si des adhérences se produisent entre les franges, il subsiste d'une part une lumière au centre, et d'autre part, entre les pédicules des franges, une série d'espaces libres affectant souvent sur la coupe la disposition de rayons de roue.

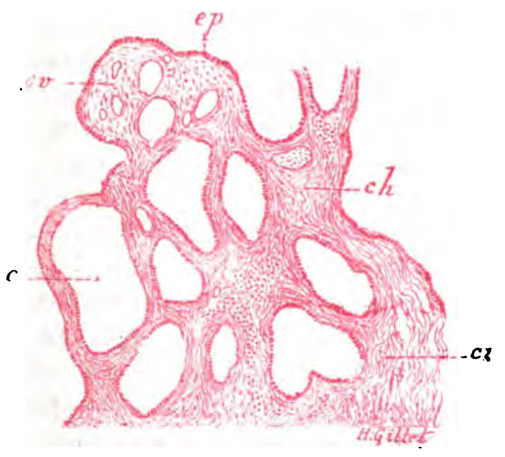


Fig. 3. — Coupe d'un fragment de salpingite *végétante kystique ;* la lumière très large était remplie par les franges hypertrophiées ; celles-ci adhéraient entre elles et limitaient une série de kystes semblables à ceux représentés dans cette figure.

c., cavité épithélio-kystique ; *e. v.*, extrémité vasculaire d'une frange ; *e. p.*, épithélium ; *c. h.*, hypertrophie du tissu conjonctif de la frange ; *c. i.*, cellules inflammatoires.

3° *La pression exercée par le contenu de la trompe* amène rapidement un arrêt de développement des franges ; la fig. 4 est prise sur un hydrosalpinx paraissant formé depuis peu ; le liquide est abondant et distend les parois de la trompe ;

les franges sont par places encore longues et nombreuses et flottent dans le liquide; mais en d'autres points elles sont appliquées contre la paroi et tendent à y adhérer par leur extrémité libre (*fa*) ; on trouve alors sur les coupes de longs espaces (*c*) paraissant isolés du reste de la lumière, parallèles à la surface de la paroi, limités d'un côté par le pied de la frange et de l'autre par l'adhérence de son extrémité (*fa*). Ces espaces, qui communiquent d'abord avec la lumière, finissent par s'isoler complètement et devenir des cavités closes (*c*) ; celles-ci peuvent secondairement se segmenter en cavités plus petites (*ci*) qui parfois tendent à disparaître.

4° *La gêne de la circulation* représente la dernière des causes arrêtant le développement des franges. Au début, cette circulation est d'une grande richesse ; mais bientôt les vaisseaux voient leur calibre diminuer ; un certain nombre s'oblitèrent ; dès lors la quantité de sang fournie par le réseau profond est insuffisante pour les réseaux vasculaires de nouvelle formation qui se sont constitués dans les franges ; de là résulte une tendance à l'atrophie de ces dernières. C'est dans les formes où l'artériosclérose est le plus prononcée, qu'on voit souvent la muqueuse réduite à une grande couronne de cellules épithéliales plates séparées de la couche musculaire par une mince bande de tissu conjonctif dense.

b) *Épithélium.*

L'inflammation de la trompe détermine sur l'épithélium une double tendance : desquamation et remplacement rapide de l'épithélium abandonné par la muqueuse. Il peut se faire que la chute épithéliale soit si prompte, que le tissu conjonctif reste à nu ; c'est là ce qui arrive parfois dans l'endosalpingite blennorrhagique ; mais dans le plus grand nombre de salpingites à streptocoques c'est plutôt le phénomène inverse que l'on peut constater : le remplacement épithélial est plus rapide que la desquamation ; on trouve alors plusieurs couches de cellules épithéliales.

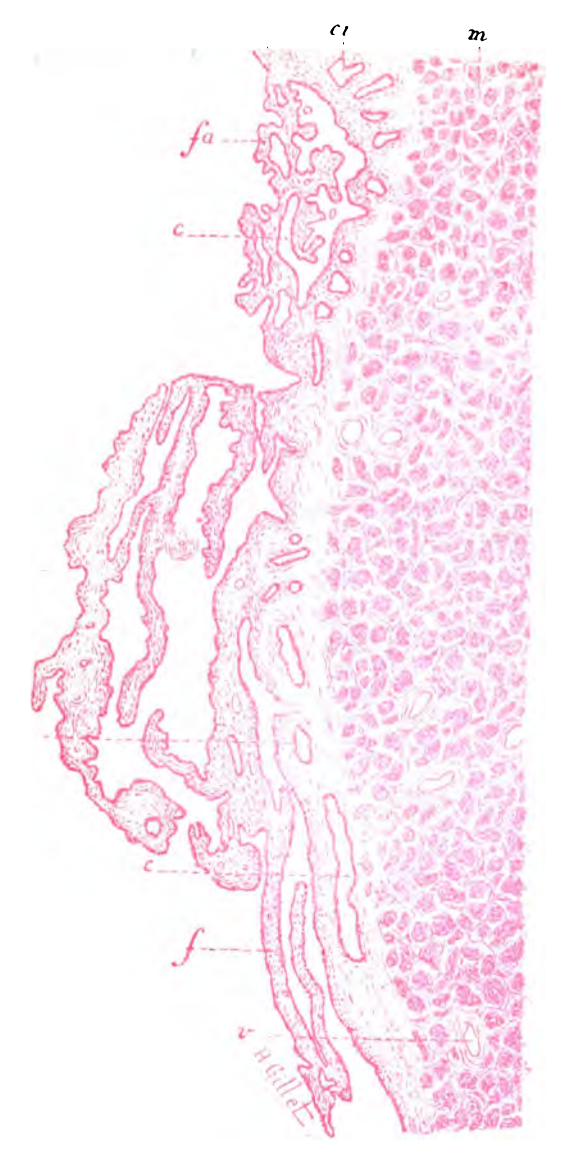


Fig. 4. — Muqueuse mince d'une hydrosalpingite dont les franges couchées sur les parois, y adhèrent par leurs extrémités et forment de longues cavités.

m., couche musculaire ; *f.*, frange couchée dans la paroi, mais non encore adhérente ; *f. a.*, frange tenant à la paroi par son pédicule et par son extrémité devenue adhérente ; *c.*, cul-de-sac fermé par la frange précédente tendant à devenir une cavité indépendante ; *c. i.*, cavités isolées devenant plus petites par segmentation ; *v.*, vaisseau.

De même que la transformation des franges, la prolifération épithéliale semble être sous la dépendance des modifications successives subies par les vaisseaux.

La chute épithéliale elle-même varie suivant l'époque de la salpingite; pendant la période aiguë ou subaiguë, les cellules épithéliales tombent isolément; dans la salpingite chronique, l'épithélium quitte la muqueuse par lambeaux.

La forme des cellules épithéliales dépend de bien des conditions; quand tombe la cellule normale elle est généralement remplacée par une cellule de forme analogue mais n'ayant pas de cils vibratiles; l'épithélium devient d'autant plus bas que la lésion est plus chronique. Mais cet aplatissement de la cellule est dû aussi en grande partie à un phénomène mécanique de compression; en *c a* (fig. 2), les cellules étaient tout à fait aplaties; elles étaient cylindriques en *e c*; c'est là une disposition que l'on retrouve dans tous les cas analogues.

Parmi les autres modifications que peuvent subir les cellules épithéliales, signalons la dégénérescence granulo-graisseuse.

Bolat (1) a insisté sur la transformation possible des cellules inflammatoires; cette transformation déterminant une disparition complète de l'épithélium permettrait, d'après lui, aux parois de s'accoler et à la lumière de disparaître complètement.

Nous ne croyons pas, comme nous l'avons déjà dit, que la lumière puisse disparaître par un processus de ce genre.

c) *Contenu de la salpingite.*

La trompe peut contenir du sang, du liquide séreux, du pus. C'est celui-ci qui nous intéresse surtout: son aspect microscopique est aussi différent qu'il est possible.

---

(1) BOLAT. Salpingite interstitielle. *Americ. Journ. of obstetric.*, 1888, p. 124.

Dans le cas de salpingite blennorrhagique aiguë ou subaiguë, le nombre des leucocytes est considérable ; nous avons eu l'occasion d'insister dernièrement sur les rapports qu'ont entre eux ce pus et celui de l'uréthrite blennorrhagique de l'homme (1).

Tout différent est le pus d'une salpingite consécutive à la présence du streptocoque, surtout si l'infection est ancienne. Le pus est alors presque exclusivement constitué par des cellules épithéliales desquamées. Nous en avons décrit les différentes modifications à propos de la salpingite à streptocoques.

Dans certaines salpingites, presque toutes les cellules desquamées se trouvent en dégénérescence granulo-graisseuse ; celle-ci commence, alors que la cellule tient encore à la muqueuse ; elle s'accentue de plus en plus ; il arrive un moment où toutes les gouttelettes graisseuses qui se sont formées aux dépens de la cellule, se désagrègent et nagent dans le contenu de la salpingite.

On y trouve assez souvent des cellules conjonctives jeunes paraissant venir du tissu sous-épithélial laissé à nu par la desquamation de l'épithélium.

II. — La musculeuse

Les lésions de la musculeuse se trouvent dues à des influences bien différentes : influences locales des micro-organismes, causes mécaniques comme la distension de la trompe par un liquide, peut-être troubles d'innervation, en tous cas troubles vasculaires. En ce qui concerne ces derniers, on peut suivre les modifications simultanées de la couche musculaire et des vaisseaux : tout porte à croire que l'un est la cause de l'autre.

L'hypertrophie est la première des modifications que subit

(1) E. Reymond. Remarques sur les caractères du pus dans la salpingite blennorrhagique. *Société anatomique*, avril-mai 1895.

la musculeuse ; comment s'effectue cette augmentation du nombre des cellules musculaires ? Faut-il penser qu'il se produit un processus analogue à celui que Forster a cru voir dans le développement des léomyômes ? Les cellules musculaires existant à l'état normal se multiplieraient-elles par division ? En tout cas, ce ne doit pas être là le seul mode de formation des nouvelles cellules musculaires ; en effet, l'épaississement de cette couche ne se fait pas seulement sur place, il empiète sur la muqueuse. Les follicules de la trompe en sont un exemple ; il est vrai que différents auteurs, Williams (1) entre autres, ont attribué la formation de ces follicules à des prolongements des culs-de-sac épithéliaux s'enfonçant dans les tissus jusque sous le péritoine et se trouvant ensuite étranglés, transformés en cavités indépendantes.

Nous n'avons jamais rencontré cette disposition : les cavités épithéliales trouvées dans la musculeuse étaient des cavités closes. Elles n'entraient pas dans la couche musculaire ; c'est celle-ci qui les englobait en se substituant à la muqueuse.

Cette dernière reçoit à l'état normal quelques prolongements que l'on peut considérer comme une *muscularis mucosæ ;* à l'état pathologique, cette disposition peut être très exagérée.

Or, cette nouvelle formation de cellules musculaires se fait surtout aux dépens des cellules inflammatoires, qui accompagnent les vaisseaux ; ceux-ci enveloppés de ces jeunes cellules, constituent les travées conductrices des fibres musculaires de nouvelle formation.

Ainsi paraît se constituer l'hypertrophie de la couche musculaire ; elle peut devenir sept ou huit fois plus considérable que la muqueuse.

L'atrophie est souvent consécutive à l'hypertrophie. Les

---

(1) WILLIAMS. Contribut. à l'étude de l'anat. normale et pathol. de la trompe. *Americ. J. of Med. sciences*, oct. 1891, t. II, p. 377 ; *Cent. f. Gyn.*, n° 14, p. 272, et *Annales de gynécol.*, 1892, p. 377.

influences mécaniques et le manque de vascularisation peuvent en être les causes. Mais le plus souvent elle est due à l'envahissement du tissu conjonctif qui étouffe les faisceaux musculaires et tend à se transformer en tissu fibreux. Dans bien des cas, la couche musculaire n'est hypertrophiée qu'en apparence ; au microscope on constate qu'il s'agit de tissu fibreux dans lequel ne subsistent que de rares faisceaux musculaires.

Le manque de vitalité de la fibre musculaire peut se manifester par d'autres modifications ; nous avons vu plusieurs fois la cellule musculaire prendre un aspect rappelant la dégénérescence vitreuse des fibres striées ; quelquefois les cellules contiennent par places de larges vacuoles ; mais la transformation la plus fréquente est la dégénérescence granulo-graisseuse.

Il est peu probable que les modifications de la cellule musculaire soient dues à la présence même du micro-organisme, quoique nous ayons trouvé des micro-organismes dans l'intérieur de la gaine.

En revanche, les modifications du tissu cellulaire paraissent bien être dues à la présence immédiate des micro-organismes, des streptocoques en particulier. Ceux-ci peuvent déterminer une véritable cellulite non seulement dans la trompe, mais encore et surtout dans l'aileron de celle-ci.

Nous avons toujours considéré que les cellules inflammatoires arrivaient par les lymphatiques. Mais telle n'est pas l'opinion de certains auteurs, entre autres de Bolat (1). Celui-ci aurait vu le noyau des fibres musculaires se diviser, le diamètre augmenter ; puis, chaque fuseau se fragmenterait, et ainsi se trouvaient constituées un certain nombre de cellules inflammatoires.

III. — Vaisseaux

Les lésions des vaisseaux dans les salpingites ont été incom-

(1) Bolat. Salpingite interstitielle. *American Journ. of obstetrics,* 1888 p. 124.

plètement étudiées. Orthmann insiste surtout sur les ruptures pouvant se produire et déterminer un hématosalpinx ; il ne dit rien des endartérites et des phlébites : ces dernières lésions ont frappé Savinoff (1) ; sa description est incomplète mais les dessins qu'il donne sont fort exacts.

Comme pour les éléments précédents, il est nécessaire

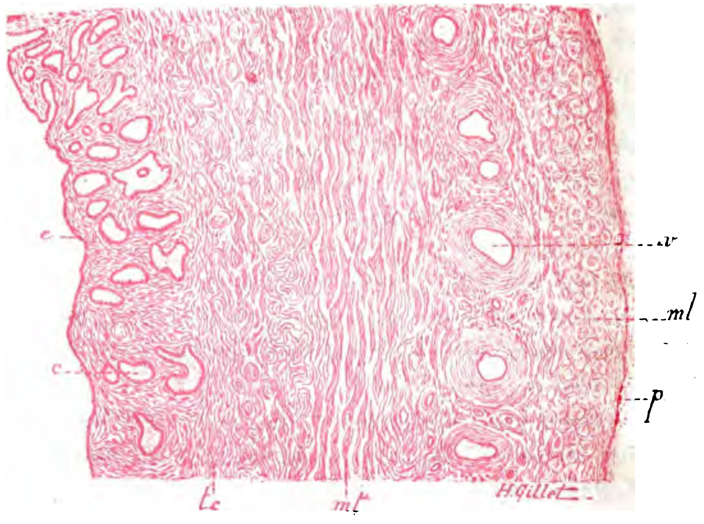


FIG. 5. — Sclérose. Franges disparues. Enkystements épithéliaux.

v., vaisseaux sclérosés formant entre les deux couches musculaires une couronne régulière ; *p.*, péritoine ; *m.l.*, fibres musculaires longitudinales ; *m.t.*, fibres musculaires transversales ; *t.c.*, tissu conjonctif de la muqueuse ; *e.*, cavité kystique épithéliale ; *e.*, épithélium.

pour les vaisseaux d'étudier leurs lésions aux différents âges de la salpingite. La congestion constitue toujours la première des modifications vasculaires, mais elle ne se produit pas toujours au même niveau. Dans l'endosalpingite blennorrhagique, c'est la muqueuse qui se trouve le plus congestionnée ; c'est en ce cas que les franges peuvent être si riches en capillaires et petits vaisseaux que ceux-ci paraissent cons-

(1) SAVINOFF. Salpingitis chron. productiva vegetans. *Loc. cit.*

tituer toute la charpente de la frange; la congestion est moins marquée dans les autres couches de la trompe.

Inversement, il semble qu'au début de la salpingite consécutive à un état puerpéral, les régions les plus congestionnées ne soient pas la muqueuse, ni même la musculeuse : c'est au niveau de l'aileron que la vascularisation est le plus considérable. Peut-être cette disposition ne persiste-t-elle pas longtemps.

Entre ces deux extrêmes se placent les cas les plus nombreux où la congestion se produit dans toute l'épaisseur de la trompe; les vaisseaux d'une certaine importance se développent alors de préférence sous le péritoine et dans le tissu cellulaire séparant les deux tuniques musculaires. La fig. 5 donne un exemple de cette disposition; les vaisseaux (*v*) formaient dans les coupes une couronne très régulière entre les deux couches de muscles *mt* et *ml*.

L'état congestif marque le début de toute salpingite; ce processus ne tarde pas à se modifier; toutes les lésions dont vont être maintenant atteints les vaisseaux contribueront au même résultat : diminuer leur calibre et leur nombre. C'est dans la salpingo-ovarite à streptocoques que nous avons pu étudier les lésions suivantes.

Les cellules inflammatoires qui enveloppaient l'artère se sont organisées en tissu conjonctif plus ou moins dense. La tunique externe est fort épaissie; au début on en distingue bien les éléments, on voit que les vasa vasorum ont augmenté de nombre et de volume et pénètrent plus profondément la paroi artérielle; mais ensuite, la tunique externe se présente comme une couche continue, de couleur ambrée, d'apparence amorphe.

Les modifications de la tunique interne sont plus faciles à suivre : l'épaississement considérable qui se produit à son niveau peut être régulier, ou bien se localiser à un certain niveau et déterminer un gros bourgeon faisant saillie dans l'artère. L'hypertrophie porte sur divers éléments.

Dans la figure 6, prise sur l'artère la plus importante de la

trompe, on voit que la prolifération cellulaire a lieu d'une part en dedans de la lame élastique, c'est-à-dire dans la tunique interne, et d'autre part en dehors de cette lame, c'est-à-dire dans la tunique moyenne. Les jeunes cellules qui

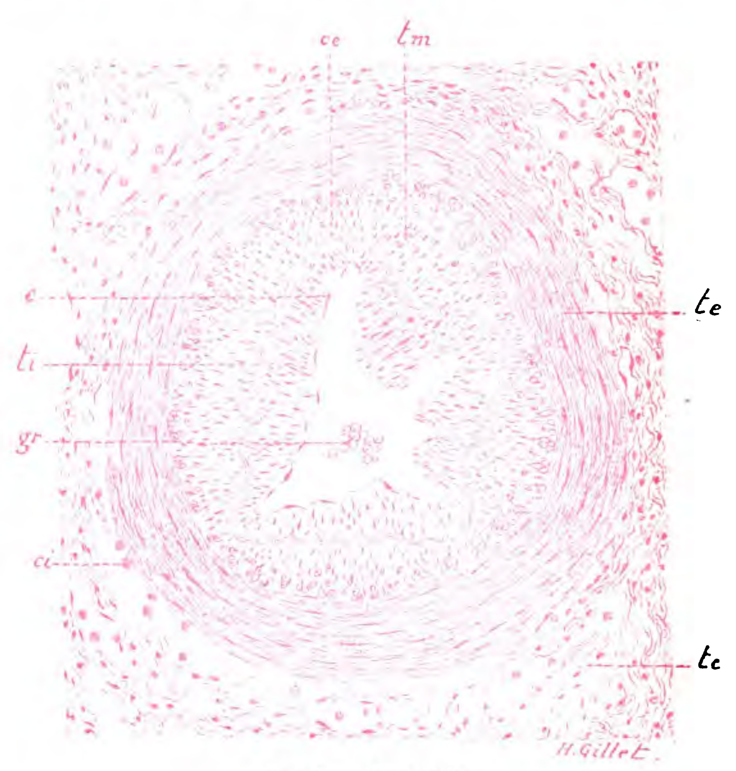


FIG. 6. — Endartérite.

t. e, tunique externe ; *t. m.*, tunique moyenne ; *c. e*, couche élastique interne; *t. i.*, tunique interne ; *e.*, épithélium ; *g. r.*, globules rouges ; *c. i.*, cellules inflammatoires ; *t. c.*, tissu conjonctif.

constituent l'épaississement sont un peu allongées, à noyaux se colorant bien ; elles dirigent leur grand axe vers le centre de l'artère : l'endothélium est normal.

Mais il est assez fréquent de constater que l'épaississement

s'est produit seulement aux dépens de la tunique interne : c'est en général ce qui arrive lorsqu'il est irrégulier et sous forme de bourgeon faisant saillie dans la lumière.

Enfin, l'endothélium est parfois atteint lui aussi; il peut l'être seul. Il est fréquent de voir les cellules endothéliales gonflées, presque sphériques, mais gardant encore leur rapport avec la paroi. Il peut se faire une prolifération endothéliale.

Ces lésions des vaisseaux peuvent-elles être indépendantes de l'infection et dues seulement à l'artériosclérose? Williams (1), qui a noté l'endartérite au niveau des trompes, insiste sur ce qu'il ne l'a jamais trouvée que chez les multitipares et la compare à celle qu'on trouve parfois au niveau de l'utérus. Peut-être la congestion pathologique de la trompe produit-elle sur les artères un processus analogue à celui que la congestion physiologique de l'utérus détermine sur ses vaisseaux.

Mais il est bien certain que l'endartérite peut, d'autre part, se produire dans la trompe, sous l'influence même des micro-organismes ; nous avons pu, dans plusieurs cas, colorer ceux-ci au niveau des artères malades ; il s'agissait chaque fois de la même espèce microbienne : le streptocoque pyogène.

Nous avons trouvé ce micro-organisme mêlé aux cellules inflammatoires qui enveloppent l'artère comme d'un manchon. Mais c'est surtout dans les cas où le vaisseau est thrombosé que les streptocoques se voient le mieux. Ces thromboses des artères (fig. 7) paraissent se produire à la suite de l'oblitération presque complète de la lumière par la déformation de l'endartère. Il se fait alors un caillot qui bouche ce qui restait de lumière ; les streptocoques se retrouvent dans l'épaisseur du caillot et tapissent aussi la paroi.

Les lésions des veines paraissent de nature encore plus nettement infectieuse que celles des artères. On trouve sou-

---

(1) WILLIAMS. Contrib. à l'anat. normale et pathol. de la trompe. *Loc. cit.*

vent un gonflement et une prolifération de cellules endothéliales ; au-dessous, la tunique interne est tantôt régulièrement épaissie, tantôt présentant des bourgeons ; des capillaires de nouvelles formations pénètrent la tunique interne ; les thromboses paraissent dues à la déformation des parois et à l'oblitération partielle de la lumière.

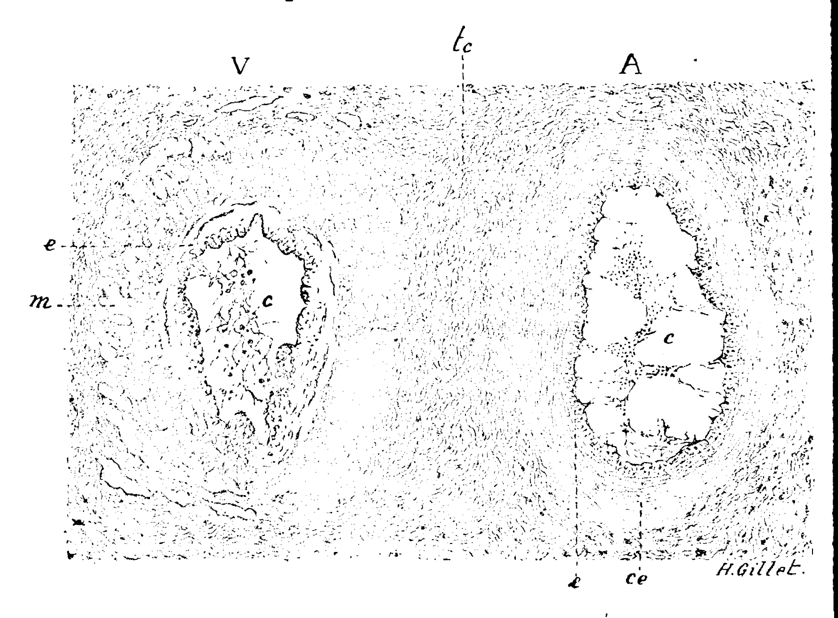


Fig. 7. — Artériole et veinule juxtaposées : toutes deux thrombosées.

V., veinule ; *c.*, caillot de thrombose ; *e.*, cellules endothéliales boursouflées ; *m.*, faisceaux musculaires longitudinaux qui accompagnent la veine : hypertrophie de ces faisceaux ; *A.*, artériole ; *c.*, caillot de thrombose ; *e.*, cellules endothéliales boursouflées ; *c. e.*, couche externe hypertrophiée et sclérosée.

Les lésions des capillaires suivent celles des autres vaisseaux ; nous en avons trouvé dont la lumière était remplie par des streptocoques.

La première fois que nous avons eu l'occasion de constater la présence de streptocoques dans la lumière d'un vaisseau, nous avons été étonné qu'ils aient pu s'y trouver sans

déterminer des symptômes aigus de pyohémie ; il est difficile de supposer qu'un certain nombre d'entre eux ne soient pas entrés dans la circulation générale; il est vrai, comme nous le verrons, qu'il s'agit d'une forme dont la virulence est si atténuée qu'il faut employer des procédés spéciaux pour la déterminer à cultiver : dès lors, on peut admettre que ceux des streptocoques ayant été entraînés par le sang, se sont trouvés incapables de s'y reproduire.

Cette question de l'infection du sang par le streptocoque peu virulent est encore mal connue. MM. Labadie-Lagrave et Basset (1) concluent de travaux entrepris sur ce sujet, que la présence de streptocoques dans le sang est non seulement une chose fréquente, mais une règle absolue dans toute infection de nature puerpérale; selon eux, chaque fois qu'une puerpérale présente de la fièvre, même si l'on est très éloigné de l'époque où s'est produite l'infection, on peut être certain de trouver des streptocoques dans le sang. La présence de ces microbes dans la circulation n'aurait pas du tout la gravité que nous avons coutume de lui attribuer : cette gravité dépendrait du degré de virulence des streptocoques.

Il nous reste à étudier les lésions des lymphatiques ; elles se produisent en même temps que celle des vaisseaux sanguins : cependant l'importance de chacune d'elles peut être très différente et l'infection lymphatique ou sanguine prédominer de façon marquée.

Les lymphatiques de la muqueuse et des franges ont été signalés à l'état normal depuis longtemps par Orthmann (2); il avait remarqué que lorsque s'écartent les deux revêtements épithéliaux d'une frange, la charpente de celle-ci est parcourue par un espace libre auquel il donne la valeur d'un lymphatique, quoique ne l'ayant jamais trouvé revêtu de cellules endothéliales. Quand la muqueuse est infectée, ce

(1) Labadie-Lagrave et Basset. *Congr. de gynécologie.* Bruxelles, septembre 1893, p. 319.

(2) Orthmann. *Loc. cit.*

lymphatique s'élargit et se remplit de cellules inflammatoires auxquelles peuvent se trouver mêlés des streptocoques.

IV. — Ovaire

Les lésions de l'ovaire accompagnent presque toujours celles de la trompe : on a été longtemps sans le reconnaître. Popoff (1) fait remarquer qu'en 1887, sur 274 cas de salpingites réunis, on n'avait trouvé que sept cas d'ovarite. M. Terrillon a insisté dans différentes publications, sur la rareté des lésions de l'ovaire au cours de la salpingite. Par contre, pour Monprofit (2) il est peu de cas où l'inflammation de la trompe ne soit accompagnée de modifications du côté de l'ovaire.

La fréquence de la dégénérescence scléro-kystique est non douteuse, mais tandis que pour Nagel (3), Olshausen (4), Ziegler (5), Leopold (6), la formation des kystes folliculaires ne doit pas être considérée comme pathologique, Hegar, Kaltenbach (7), Prochownick (8), Bulius (9) ont professé l'opinion contraire. M. Pozzi ne paraît pas attacher très grande importance aux lésions ovariennes : il cite cependant les travaux de Paul Petit, qui a établi une longue classification des lésions ovariennes.

Nous n'avons aucunement l'intention de reprendre ces travaux, mais nous tenons d'une part à insister sur la fréquence considérable des lésions de l'ovaire, et d'autre part à placer en regard les micro-organismes qui en sont la cause ; enfin nous voudrions chercher dans quel ordre se présentent

---

(1) Popoff. *Arch. f. Gyn.*, 1894.

(2) Monprofit. Salpingite et ovarites. Thèse Paris, 1888.

(3) Nagel. *Arch. für Gynækologie*, 1887. Bd. XXXI, Heft. 3, p. 327.

(4) Olshausen. Die Krankh. der Ovarien. *Handb. der Chir. von Pitha und Billroth*, Bd. IV, B. 6.

(5) Ziegler. *Lehrbuch der allg. und spec. path. Anatomie*, 1886, p. 924.

(6) Leopold. *Arch. für Gyn.*, 1883, Bd. XXI.

(7) Hegar et Kaltenbach. *Oper. Gynäk.*, 1886.

(8) Prochownick. *Arch. f. Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, Heft. 2, p. 183.

(9) Bulius. *Centr. für Gyn.*, 1889, n° 32, p. 568.

les différentes lésions et à quel état des trompes elles correspondent.

Au cours d'une annexite l'ovaire peut être atteint de deux façons différentes : par la périphérie, ou par le hile à travers les tissus.

Il n'est pas rare de trouver l'ovaire enveloppé par de fausses membranes qui paraissent d'abord faire corps avec lui ; parfois même elles ne se laissent pas détacher et c'est seulement en pratiquant des coupes histologiques qu'on s'aperçoit que ce tissu est surajouté à celui de l'ovaire.

D'où vient cette péri-ovarite ? Il est probable qu'il s'agit d'une inflammation consécutive à l'écoulement du pus de la trompe dans le péritoine : ce pus détermine une péritonite très localisée et un enveloppement de l'ovaire par le tissu inflammatoire ; plus tard, l'ovaire pourra rompre ses adhérences et garder sa coque : cette libération d'adhérences ne doit pas nous étonner lorsque nous voyons, comme dans les observations de Rorthorn, Zedel (1), Desguin (2), de petits foyers purulents pouvant à la longue se libérer de leurs adhérences et constituer un kyste ne tenant plus qu'à la trompe dont elles enveloppent le pavillon. Cet enveloppement de l'ovaire n'empêche pas qu'il puisse d'autre part être infecté par le pédicule, mais il se peut que l'inflammation soit seulement périphérique, et c'est là ce qui se produit au cours de la *salpingite blennorrhagique ;* les lésions sont alors peu profondes, on ne trouve pas de collection purulente ovarienne ; la seule influence de la coque inflammatoire paraît être de le comprimer, d'y gêner la circulation, d'y déterminer enfin les lésions de l'ovarite scléro-kystique.

Cette inflammation périphérique de l'ovaire, est la seule qu'admettent encore le plus grand nombre des auteurs ; c'est la seule que puissent reconnaître ceux pour qui la salpingite est toujours consécutive à une infection ascendante de la muqueuse ; pour la plupart d'entre eux les lésions profondes

---

(1) ZEDEL. *Lot. cit.*, p. 31.

(2) DESGUIN. *Lot. cit.*, p. 31.

de l'ovaire sont dues à des influences mécaniques, à des troubles de la circulation, mais les micro-organismes ne persistent pas dans la profondeur.

Cependant, il faut expliquer les kystes purulents de l'ovaire; les auteurs en question pensent, avec Bland Sutton (1), que le kyste s'est infecté dans ce cas en crevant dans la trompe; mais que dire alors des abcès de l'ovaire ne communiquant pas encore avec la trompe ?

La question ne fait plus aucun doute pour nous, depuis que nous avons trouvé non seulement dans les kystes purulents, mais aussi dans l'épaisseur de l'ovaire et dans les lymphatiques de l'aileron, des micro-organismes appartenant toujours d'ailleurs à la même espèce : le streptocoque.

Aussi la fréquence de l'infection profonde de l'ovaire est-elle probablement proportionnelle à la fréquence des salpingites à streptocoques, c'est-à-dire, pensons-nous, beaucoup plus grande qu'on ne le croit.

Voyons maintenant, d'après les pièces que nous avons examinées, dans quel ordre se présentent les lésions de l'ovaire quand celui-ci est infecté dans sa profondeur.

De même que la trompe, il semble que l'ovaire passe par deux phases successives : congestion et hypertrophie, atrophie et sclérose. Au début, les vaisseaux se dilatent et se multiplient ; des traînées de cellules inflammatoires infiltrent le tissu cellulaire, surtout au niveau de l'aileron ; elles pénètrent en petite quantité seulement le stroma ovarien où on les trouve le long des vaisseaux ; cette forme du début doit se rencontrer rarement sur les pièces enlevées chirurgicalement ; on n'opère pas à cette époque de la maladie. En revanche nous avons pu l'étudier sur des pièces provenant de femmes mortes à la suite d'infection puerpérale subaiguë ou chronique ; les streptocoques se montrent nombreux, surtout dans le tissu cellulaire de l'aileron et autour des vaisseaux ; on en trouve des îlots dans le parenchyme de la glande.

(1) Bland Sutton. *Loc. cit.*, p. 250.

C'est à la suite de cette congestion que l'organe paraît avoir une tendance à l'hypertrophie ; celle-ci se manifeste nettement au niveau de la couche ovigène ; les ovisacs augmentent de volume et de nombre ; la couche ovigène peut être criblée de follicules se touchant tous et étant tous trois ou quatre fois plus volumineux qu'à l'état normal ; plus tard, quelques-uns d'entre eux continueront à grossir tandis que tous les autres tendront à s'atrophier.



FIG. 8. — Type d'un volumineux abcès de l'ovaire communiquant avec la trompe.

Nous ne nous occuperons pas des hémorrhagies qui peuvent se faire dans ces kystes folliculaires, les transformant en kystes sanguins qui contiennent tantôt du sang pur et tantôt du sang mélangé à de la sérosité ; mais nous voulons insister sur la transformation purulente de ces kystes.

Les kystes purulents de l'ovaire, qu'ils soient isolés ou bien ouverts dans la trompe, sont d'une extrême fréquence : il est vraiment extraordinaire qu'on ait pu les considérer comme une rareté (fig. 8).

Les kystes purulents sont généralement plus gros que les kystes séreux se trouvant sur le même ovaire. Peut-être parce que le kyste purulent grossit plus vite que les autres ; peut-être parce qu'il s'est développé avant les autres alors que l'infection ovarienne était à sa période aiguë.

Au début, le kyste purulent a une structure très analogue à celle d'un kyste folliculaire : le tissu ovarien enveloppant le kyste est seulement plus riche en capillaires et en cellules inflammatoires : l'épithélium du kyste peut encore se conserver par places ; le liquide en est louche, contenant un nombre égal de leucocytes et de cellules épithéliales.

A une période plus avancée, le kyste a perdu son enveloppe folliculaire ; ses parois, qui peuvent avoir conservé une apparence unie, présentent en dehors une couche de tissu embryonnaire, une zone où celui-ci s'est organisé en tissu fibreux et enfin, plus en dehors, une zone constituée par le parenchyme ovarien très riche en vaisseaux.

Mais souvent ces kytes purulents tendent à communiquer ; l'épaisseur de l'ovaire est alors creusée d'une cavité anfractueuse constituée par une série de loges régulières communiquant entre elles par des orifices circulaires.

Il est souvent difficile de savoir si l'on a affaire à un kyste devenu purulent ou à un abcès de l'ovaire.

A côté des kystes et abcès de l'ovaire, signalons la présence de corps jaunes pouvant présenter les caractères de ceux de la grossesse ; on conçoit du reste facilement que, si la congestion utérine pendant la grossesse peut déterminer, par influence de voisinage, des modifications dans les corps jaunes, la congestion pathologique de l'ovaire puisse déterminer sur eux des modifications analogues.

Telle est la période pendant laquelle tous les éléments de l'ovaire ont une tendance à s'hypertrophier et à proliférer ; vient ensuite celle où ils tendent à s'atrophier et à dégénérer. Les vaisseaux et le tissu conjonctif jouent le rôle important dans cette transformation. Les vaisseaux subissent les mêmes modifications que dans la trompe et diminuent l'apport du sang. Le tissu conjonctif s'organise en tissu fibreux com-

primant les vaisseaux, les fibres musculaires et les filets nerveux.

Cette sclérose peut ne pas être rétractile tout d'abord ; le développement du tissu conjonctif peut même donner un grand développement à l'ovaire : *ovarite chronique hypertrophique*. Mais il arrive un moment où ce tissu se tasse, en étouffant de plus en plus les éléments de la glande : c'est l'*ovarite chronique atrophique*, que nous appellerions volontiers la *cirrhose atrophique* de l'ovaire.

Que deviennent les follicules au milieu de cette évolution du tissu conjonctif? Les follicules normaux tendent à disparaître, les petits kystes folliculaires paraissent faire de même, mais les kystes plus gros persistent, donnant lieu à la forme si fréquente d'ovarite scléro-kystique ; il semblerait même que ces kystes puissent continuer à grossir, alors que le travail de sclérose est fort avancé.

C'est encore à cette période qu'on peut voir le tissu ovarien atteint de dégénérescence graisseuse : celle-ci se produit au niveau des muscles, des parois des kystes folliculaires, et surtout des kystes purulents ; on retrouve alors dans le contenu de ceux-ci des parcelles de graisse nageant dans le pus.

REVUE GÉNÉRALE

CAUTÉRISATION INTRA-UTÉRINE (d'après SANGER). REMARQUES SUR LA THÉRAPEUTIQUE INTRA-UTÉRINE (OLSHAUSEN). RÉGÉNÉRATION DE LA MUQUEUSE DE L'UTÉRUS APRÈS LE CURETTAGE (WERTH).

Par le Dr **R. Labusquière.**

I

Certes l'introduction du curettage antiseptique, dans le traitement de la métrite chronique, a réalisé un réel progrès. Sans insister sur les résultats excellents, presque inespérés parfois qu'il donne, et que, personnellement, nous

avons eu le bonheur de constater dans des cas puerpéraux (accidents de nature hémorrhagique et septique), il est certain qu'en particulier dans les formes invétérées, relativement rares, ayant abouti à de grosses altérations de la muqueuse (endométrite hyperplasique, hémorrhagique, etc.), il a rendu l'intervention thérapeutique beaucoup plus efficace, beaucoup plus prompte. Mais, et les partisans les plus résolus du curettage le reconnaissent et l'ont toujours reconnu, je crois, le curettage ne suffit pas, seul, à assurer, toujours la guérison. Aussi, le plus souvent, a-t-on soin, le curettage terminé, d'évacuer soigneusement l'utérus et de soumettre, ensuite, sa surface interne à l'action d'un topique dont la nature varie au gré et suivant l'expérience des opérateurs (glycérine créosotée, teinture d'iode, perchlorure de fer, nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc.).

La cautérisation joue un rôle très important dans l'intervention. Or, cette cautérisation soulève plusieurs questions qui ont été plus ou moins complètement étudiées par les auteurs : *a*) quelle est la meilleure technique opératoire, *b*) le porte-caustique le plus pratique, *c*) le moment le plus favorable pour pratiquer la cautérisation, *d*) l'intervalle qu'il est utile, nécessaire de laisser entre les interventions, etc. Il est clair, qu'à plusieurs de ces questions il sera répondu diversement. Par exemple, la question du meilleur porte-caustique risque fort de ne pas attirer une réponse uniforme. Le professeur Pajot appliquait à bien des cas, tout en reconnaissant le trop absolu de la lettre, la formule « *tant vaut la main, tant vaut l'outil* ». Et en effet, on peut avec des porte-caustiques différents, et malgré des variantes dans la technique opératoire, faire de bonnes et efficaces cautérisations. Mais, d'autres points, celui par exemple de l'intervalle à laisser entre les cautérisations, présentent un réel intérêt. Aussi, désirons-nous faire connaître assez complètement un travail que Sänger a, récemment, consacré à la cautérisation intra-utérine (1).

(1) Il semble bien, d'après cet article de Sänger, que, si la curette a pris

Comme **porte-caustique**, Sänger (1) donne la préférence à un instrument emprunté à la gynécologie américaine, qu'il a connu par hasard et dont l'inventeur est resté ignoré malgré les recherches faites pour le connaître. Cet instrument consiste dans une tige en pur argent, longue de 0,22 centim. et se fixant sur une poignée en laiton argenté. La longueur totale de l'instrument est environ de 0,30 centim. Cette tige est tout à fait plate dans son tiers antérieur (un peu plus d'un millimètre), s'épaissit dans son tiers moyen, pour devenir arrondie et cylindrique dans son tiers postérieur, tout en conservant toujours sa largeur. Aucun sillon, aucune gouttière, surface parfaitement lisse. De plus, la tige est malléable, flexible comme une bougie ordinaire, mais non élastique, c'est-à-dire qu'elle ne revient pas, automatiquement, à sa forme primitive. D'autre part, sa ténuité, sa finesse et sa flexibilité permettent, après l'avoir entourée de coton chargé de caustique, de l'introduire jusqu'au fond de l'utérus sans qu'on soit obligé de fixer la portion vaginale du col. Suivant la largeur de la cavité cervicale, on entoure la portion supérieure de la tige avec plus ou moins d'ouate, *mais celle-ci toujours d'un seul morceau*, afin qu'on puisse, sûrement, la retirer toute. A l'extrémité supérieure, on dispose l'ouate à la manière d'une sorte de pinceau, de houppe, qu'on presse contre le fond de l'utérus de telle façon que le liquide caustique exprimé puisse refluer et revenir sur la muqueuse de l'utérus. La portion inférieure de l'ouate descend assez bas pour rester au-dessous de la portion vaginale du col, ce qui permet de la saisir en même temps que la tige porte-caustique avec une pince et, ainsi, de ne pas risquer d'en laisser dans la cavité utérine.

Sänger consacre ensuite son attention aux différents types

---

ne large place dans la thérapeutique intra-utérine, les caustiques ne sont as près d'être abandonnés par tout le monde.

(1) Ce qui suit n'est que l'analyse très étendue du travail de SÆNGER. *Cent. Gyn.*, 1894, n° 25, p. 596.

de spéculums employés pour l'intervention en question, et après avoir reconnu les avantages du spéculum de Cusco, modifié par Trélat, conseille, comme spéculum de choix, le *petit* spéculum bivalve de Neugebauer. Et, après s'être arrêté à certains détails d'instrumentation, d'outillage, d'examen, etc., il aborde la question de la *cautérisation intra-utérine étudiée à un point de vue général.*

On a à peu près abandonné les **caustiques solides** à cause de leur action trop profonde, des coliques et des atrésies qu'ils peuvent occasionner.

L'injection de solutions caustiques faibles, particulièrement de teinture d'iode, faites avec la seringue de Braun, compte encore de chauds partisans (Mackenrodt, p. ex.). Mais Sänger croit qu'il y a avantage à remplacer ces injections relativement abondantes de la cavité utérine par les badigeonnages avec un pinceau d'ouate imbibé de caustiques appropriés.

Les **pommades médicamenteuses** sont encore bien moins actives que les caustiques liquides. Elles nécessitent des applications fréquentes, condition suffisante, d'après Sänger, pour les déconseiller.

Un procédé fort recommandable consiste dans les **lavages caustiques** suivant la méthode de Bandl.

Les **cautérisations électro-chimiques** peuvent se montrer efficaces contre certaines pertes sanguines, mais non contre l'endométrite catarrhale avec hypersécrétion.

Il est une variété d'hémorrhagies rebelles, qui surviennent particulièrement vers la ménopause, qui sont tenaces et résistent au curettage et à tous les hémostatiques. Elles n'ont point pour cause une endométrite, mais un processus atrophique de l'endométrium, analogue à celui qui caractérise la « vaginite sénile hémorrhagique » (*kolpitis senilis hæmorrhagica*), laquelle serait plus justement dénommée « atrophie vaginale sénile hémorrhagique » (*atrophia vaginæ seu hæm.*). Ou bien, elles sont sous la dépendance de certaines affections des vaisseaux de l'endo- ou du myométrium (sclérose, athérome) souvent associées à une hypertrophie excen-

trique du corps de l'utérus, ou à des états pathologiques des annexes. Eh bien! contre ces hémorrhagies, la **cautérisation purement chimique avec des caustiques liquides** (en particulier, le chlorure de zinc) est certainement supérieure à la cautérisation électro-chimique.

A signaler encore les **lavages méthodiques de l'utérus**, préconisés surtout par Schultze et ses disciples. Ces lavages que, presque toujours, on fait précéder d'une dilatation du col, possèdent avant tout une action mécanique, puis, suivant la nature de la substance médicamenteuse employée, une action désinfectante, antibacillaire, et, suivant leur concentration, une action caustique. Dilatation et lavages sont surtout d'excellents moyens pour rendre une cautérisation ultérieure plus efficace, et pour prévenir plus ou moins entièrement l'apparition des coliques.

Dans ces dernières années, on a largement appliqué à l'endométrite chronique le **tamponnement de l'utérus avec la gaze** (Fritsch, Skutsch). Sänger conteste absolument au tamponnement l'action de drainage qu'on a voulu lui attribuer et formule ces deux propositions : 1° *l'utérus indemne de sténose se draine lui-même; les prétendus drainages artificiels, au contraire, le ferment;* 2° *la gaze tassée dans l'utérus n'opère pas de drainage, car elle ne laisse passer que les sécrétions séreuses, très fluides, et, par contre, retient les sécrétions muqueuses, purulentes, muco-purulentes, les caillots, etc. On ne draine pas, on tamponne avec la gaze.*

Le tampon peut exercer une double action : a) *action mécanique* (par la dilatation répétée de l'utérus); b) *action topique* (gaze iodoformée).

Sänger estime que les tamponnements répétés de l'utérus sont surtout utiles en tant que traitement préparatoire à la cautérisation utérine.

Il consigne ensuite les résultats obtenus en étudiant l'évolution du processus déterminé par les divers caustiques.

Cycle total d'une cautérisation à l'orifice du col ou sur la muqueuse apparente de la portion inférieure du col dans les cas d'érosion, de pseudo-érosion ou d'ectropion.

Acide nitrique fumant....................	18-20	jours.
Chlorure de zinc à 50 p. 100...............	14-16	—
» » 30 p. 100..............	10-12	—
Nitrate d'argent fondu (pierre infernale)...	8-10	—
Solution de nitrate d'argent 50 p. 100......	6-7	—
Iode et alcool (1,5)........................	5-6	—
Teinture d'iode, vinaigre de bois, perchlorure de fer liquide.......................	2-3	—

Les eschares produites avec le Paquelin exigent trois à quatre semaines pour leur complète évolution.

Or, si on n'attend pas, pour renouveler la cautérisation, la terminaison du processus consécutif à la précédente, on trouble ce processus et on en modifie l'aspect.

Sänger, par suite d'observations dues aux enseignements de la clinique, a adopté le principe **des cautérisations très espacées et énergiques**, et parmi les caustiques énergiques, il range le chlorure de zinc à 50 p. 100, dont il vante, comme Rheinstädter, Bröse, Fraenkel, etc., l'efficacité. Le chlorure de zinc est utile contre les phlegmasies catarrhales, infectieuses, chroniques, hémorrhagiques de l'endométrium. Toutefois, contrairement à Rheinstädter, il en limite l'emploi et le déconseille particulièrement dans les cas de col étroit et particulièrement chez les vierges et les nullipares. Devenu très circonspect, l'auteur a coutume, dans les cas de col étroit, de pratiquer toujours une *cautérisation d'épreuve* (Probeätzung) avec des caustiques faibles (solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, solution iodo-alcoolique) et sans fixation de la portion vaginale du col. D'ailleurs, il a presque complètement renoncé à cette fixation du col, la gracilité, la finesse du porte-caustique la rendant la plupart du temps inutile, et, du même coup, il a vu disparaître les coliques fort douloureuses, si fréquentes jadis à la suite de la cautérisation au chlorure de zinc.

Sänger emploie chez les multipares à col étroit ou chez les nullipares à col assez large : solution de chlorure de zinc à 10 p. 100 au plus ; iodo-alcool à 1,5 ; solution argentique à 30-50 p. 100.

Avec la solution à 50 p. 100 de chlorure de zinc (suivant Rheinstädter) il a constaté que, très souvent, deux à trois cautérisations suffisent pour guérir une endométrite catarrhale ; il laisse toujours entre les cautérisations un intervalle d'au moins seize à vingt jours. Il a également substitué à l'acide nitrique fumant la solution de chlorure de zinc à 50 p. 100 contre les érosions et les pseudo-érosions (ectropions). Un petit tampon d'ouate, imprégné de la solution, est maintenu appliqué une ou deux minutes sur la portion vaginale du col jusqu'à ce que les parties primitivement rouges prennent une coloration blanche. Ou bien, on introduit un porte-caustique dans le col. La solution très fluide pénètre profondément dans les glandes et les détruit. On évite, ainsi, l'hypertrophie folliculaire sous fine cicatrice de la portion vaginale du col, hypertrophie si fréquente après les cautérisations avec l'acide nitrique. Sänger emploie, en outre, en semblable cas, mais le plus souvent après curettage de l'utérus, le thermocautère, moyen aseptique par excellence, dont une seule application suffit presque toujours.

« Cliniquement et pratiquement, ajoute Sänger, il suffit la plupart du temps d'établir deux variétés d'endométrite chronique non infectieuse : a) *l'endométrite hémorrhagique*, et b) *l'endométrite avec hypersécrétion*, qui, naturellement, peuvent se trouver réunies.

« L'endométrite métrorrhagique, causée par l'inflammation chronique de l'endométrium (endometritis interstitialis) ou par l'hypertrophie de l'endométrium (endometritis hyperplasique, fongueuse), ou par l'atrophie de l'endométrium (endometritis atrophique, endométrite de la ménopause, sénile) qui habituellement se rencontre dans les métrorrhagies d'origine annexielle, réclame en première place l'abrasion de la muqueuse, souvent suivie de cautérisations intra-utérines. *L'endométrite avec hypersécrétion qui, dans la plupart des cas, est exclusivement ou essentiellement une endométrite cervicale*, peut, quand elle n'est pas de nature infectieuse, ce que l'examen bactériologique permet de décider, également être traitée par le curettage.

« En première ligne se place ici le traitement par la cautérisation, qui après le curettage constitue toujours la méthode la plus importante du traitement de l'endométrite chronique, cautérisation qui est au mieux réalisée avec le porte-caustique en argent, parce qu'il permet d'atteindre la totalité de la muqueuse du corps et du col de l'utérus. »

II

Après avoir fait connaître les idées de Sänger sur la cautérisation intra-utérine, il nous paraît intéressant de résumer celles qu'un autre gynécologue éminent, le successeur de Schröder à l' « *Universitat Frauenklinik* » de Berlin, Olshausen, a exposées dans un récent travail, sur la **thérapeutique intra-utérine et en particulier sur l'emploi de la curette** (1).

1) **Cathétérisme de l'utérus**. — Bien que l'antisepsie ait considérablement diminué les risques, les dangers associés à cette petite opération, on ne saurait affirmer qu'elle les a complètement supprimés. Le cathéter peut produire des effractions de la muqueuse cervicale et celles-ci, malgré une désinfection rigoureuse, préalable du vagin, favoriser l'infection à cause de la présence possible de germes infectieux dans le col. *Maintenant comme jadis, il faut employer le cathéter avec beaucoup de circonspection et de délicatesse.*

2) **Injections de liquides médicamenteux** (teinture d'iode, solution de chlorure de zinc, de nitrate d'argent, etc.) et **lavages de l'utérus.** — Ces méthodes de traitement offrent moins de dangers d'infection que le cathétérisme, soit que les liquides employés annihilent l'action des germes ou qu'ils entraînent ceux-ci. Les inconvénients sont : a) les *coliques utérines* (le meilleur moyen de les prévenir c'est d'assurer le complet écoulement du liquide d'injection ou de lavage), *b*) les *douleurs péritonitiques* qui se font sentir, en général,

(1) *Berl. klin. Wochenschrift*, décembre 1894, n° 50, p. 1123.

seulement plusieurs heures après l'injection utérine et qui traduisent l'irruption d'une certaine quantité de liquide, à travers la trompe, dans la cavité abdominale. Il n'est pas non plus impossible qu'une trompe contenant du pus et modifiée dans sa paroi puisse, consécutivement à l'intervention intra-utérine, déverser partie de son contenu dans la cavité abdominale, de même qu'une manœuvre intra-utérine peut provoquer la rupture d'un œuf développé dans l'oviducte. Toutefois, la complication doit être très rare, car les phénomènes péritonéaux observés restent, habituellement, légers et n'ont pas la physionomie des péritonites à streptocoques ou à staphylocoques.

Pour les applications de solutions caustiques, Olshausen conseille, quand le col est large, la seringue à injection, quand il est étroit le porte-caustique d'origine américaine, conseillé par Sänger. En général, *il n'y a aucune utilité à fixer le col pour cette intervention.*

3) **Dilatation artificielle de l'utérus.** — Sauf des cas rares, où la dilatation sanglante effectuée avec des instruments mousses est particulièrement indiquée, on la pratique avec la laminaire ou la gaze iodoformée, l'éponge préparée étant, à juste titre, abandonnée. « *Les deux procédés de dilatation, en dépit de toutes précautions, comportent des dangers d'infection ; et quand, dans ces cas, une infection se produit, elle est en général de pire nature et se manifeste sous forme de septicémie aiguë.*

« *J'ai appris,* écrit Olshausen, *de plusieurs collègues qu'ils avaient eu des cas de mort à la suite du tamponnement avec la gaze iodorformée; et, ajoute-t-il, j'ai, malheureusement, par expérience personnelle, pu me convaincre que semblables cas peuvent arriver* » (1).

(1) *Loc. cit.*, p. 1124. Entre autres cas où la dilatation fut suivie d'accidents sérieux, Olshausen en résume un ainsi : il fallut trois jours pour faire une dilatation complète. Quand la température monta à 38°, la gaze fut enlevée et l'utérus immédiatement lavé avec une solution de sublimé (1 p. 2000). Néanmoins, en douze heures, la température s'éleva à 40°. Il y avait eu en outre deux frissons violents. Survint un troisième frisson qui

Malgré ces faits, Olshausen reste convaincu que *la dilatation avec la gaze est la moins dangereuse, mais qu'il faut en limiter le plus possible l'emploi, la réaliser dans un minimum de temps, redésinfecter à fond le vagin chaque fois qu'on enlève la gaze et être prêt à dépister, avec le thermomètre, toute infection dès son début.*

Curettage. — « Employé à *propos*, ce procédé thérapeutique est certainement très bon, très efficace, mais, ON EN USE TROP, BEAUCOUP TROP ! » Olshausen ne lui reconnaît que deux indications : 1) *moyen de diagnostic* (*curettage explorateur*), 2) endométrite hyperplasique, altérations fongueuses, polypeuses de l'endométrium (*c. curatif*). Il déconseille, par contre, formellement, la curette dans les inflammations catarrhales de l'endométrium, et, en général, dans les maladies du col. Il insiste, ensuite, avec beaucoup de soins, après avoir rappelé les perforations de l'utérus plusieurs fois observées et signalées en particulier à la Société gynécologique de Berlin (1), sur toutes les précautions et sur la délicatesse qu'exige le maniement de la curette, instrument extrêmement dangereux dans une main brutale et novice. Également, à chaque instant, dans son travail, il rappelle l'importance capitale d'une antisepsie rigoureuse (2).

---

fit envisager l'éventualité de l'extirpation de l'utérus. Toutefois, les accidents s'amendèrent et la malade guérit.

(1) Société obst. et gynéc. de Berlin, séance du 9 mars 1894. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXX, p. 297.

(2) Il est curieux de rapprocher le travail récent d'Olshausen, si plein de réserves au sujet de l'emploi de la curette, des opinions si vivement défendues par le professeur Pajot, à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, il y a tantôt sept ans. Le célèbre accoucheur les résumait de la façon suivante : « Il s'ensuit que l'*hystéromètre* et la *curette* sont inutiles dans *quatre-vingt-dix cas sur cent d'endométrite*, ce qui me paraît la vérité, à peu de chose près, et encore, sur ces dix cas, sept à huit pourraient être guéris par les caustiques énergiques, sans amener l'utérus à la vulve. Il resterait, par conséquent, *deux* à *trois* cas dans lesquels l'abrasion de la muqueuse serait indiquée. » M. le professeur Pajot rappelait assez souvent la pratique des oculistes dans les cas d'inflammations de la conjonctive oculaire, lesquels, le plus souvent, viennent à bout de ces affections par l'emploi des substances caustiques, modificatrices, simplement antiseptiques même, tandis que dans

III

Le curettage, cette opération pratiquée si souvent, trop souvent certainement aujourd'hui, mais qui, faite à propos et bien faite, donne des résultats si positifs (disparition d'accidents de date plus ou moins ancienne, de nature plus ou moins rebelle, restauration des fonctions normales, apparition de grossesses après une stérilité plus ou moins longue, etc.), le curettage agit en emportant, plus ou moins complètement, la muqueuse altérée, et en permettant aux substances caustiques ou modificatrices d'atteindre les éléments restés *in situ*. Il était très intéressant, sans doute, de se demander comment s'opérait la *régénération de la muqueuse après le curettage*. Et, depuis assez longtemps déjà, on savait que le curettage n'emportait pas toute la muqueuse, qu'il laissait bon nombre de glandes ou de portions de glandes qui fournissaient les éléments de cette régénération. Mais, à vrai dire, on n'avait pas étudié de très près toutes les particularités de ce processus de régénération. Cette étude a été entreprise par un Allemand, Werth, qui a communiqué les résultats auxquels elle l'a conduit, à la Société obstétricale de Leipzig (1). Voici, résumée, la partie essentielle de sa communication : « Six utérus ont servi à ses recherches. Ils avaient été curettés, de trois à seize jours avant l'hystérectomie. Sur tous, on constata que la curette avait porté de façon inégale sur les divers points de la face interne de la matrice. D'une manière générale, la curette épargne certains points, laisse sur d'autres les portions profondes de la muqueuse, tandis que sur d'autres points elle entraîne la couche musculeuse. Il reste de la muqueuse surtout au fond de l'utérus et sur les parties latérales, tout particulièrement

---

certaines formes invétérées, compliquées de granulations et relativement rares, ils sont forcés de recourir au curettage en quelque sorte, au raclage, brossage de la muqueuse.

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 7, p. 189.

quand la cavité utérine devient, sur les côtés, notablement angulaire. D'ordinaire, l'une des parois utérines est plus entamée. Et la couche musculaire n'est atteinte en général que sur l'une d'elles, sur l'antérieure le plus souvent. Quand le tissu musculaire n'est pas atteint, la muqueuse est, à ce niveau, enlevée jusque dans ses couches profondes. Aussi, après la régénération, la paroi correspondante est-elle plus largement pourvue d'une muqueuse néoformée que la paroi opposée. En général, l'action de la curette s'accuse davantage vers la portion inférieure du corps de l'utérus jusqu'à l'isthme, ce qui tient à la convergence vers cette région des raclages successifs. »

« *Processus de régénération.* — L'ensemble des phénomènes constituant ce processus ont été particulièrement étudiés sur deux utérus extirpés cinq jours après le curettage (la muqueuse obtenue par le curettage présentait, dans les deux cas, des altérations d'endométrite légère). A l'exception d'une région fort limitée, au niveau de laquelle la curette avait mordu jusque dans le muscle, *la surface interne de l'utérus était uniformément tapissée par une muqueuse, pourvue de glandes s'ouvrant librement à la surface et d'un revêtement épithélial, superficiel, continu.* A cette époque, la muqueuse néoformée se distingue par sa richesse en tissu connectif fibrillaire, tandis que les éléments cellulaires du stroma sont, proportionnellement, en petit nombre. La restauration de la muqueuse s'opère surtout par les vaisseaux qui émergent de la musculeuse ou des couches profondes, persistantes de la muqueuse. Les vaisseaux sont entourés comme d'une gangue de tissu connectif fibrillaire, qui accompagne les ramifications vasculaires jusque dans la couche superficielle de la muqueuse. Les paquets de fibrilles constituent souvent des réseaux affleurant jusqu'à la surface.

« L'origine des néoformations glandulaires est dans les portions glandulaires, profondes, particulièrement celles enfouies dans l'épaisseur des éléments musculaires et ayant

échappé à la curette. Ces portions épargnées des glandes, croissent en même temps que le tissu connectif, sous forme de tubes la plupart du temps peu flexueux, souvent longitudinaux et perpendiculaires à la surface utérine, et entourés d'une gangue fibreuse qui contient les capillaires des glandes. L'épithélium glandulaire est, dans les parties supérieures, plutôt d'ordre secondaire, mais il augmente de plus en plus de hauteur en se dirigeant vers les culs-de-sac des glandes.

« Le stroma environnant devance souvent l'accroissement de ces dernières, de sorte qu'en certains points elles s'abouchent comme dans des dépressions infundibuliformes du tissu muqueux. C'est à ce défaut de parallélisme dans l'accroissement, qu'il faut attribuer certaines particularités anatomiques, multiplicité d'orifices d'abouchement des glandes, irrégularités, disposition dentelée de la surface muqueuse. »

La régénération de l'épithélium superficiel s'effectue essentiellement par les glandes; toutefois, il dérive aussi, en partie, de la multiplication des éléments épithéliaux déjà parvenus à la surface. La forme de ces éléments épithéliaux néoformés est souvent atypique, particulièrement dans le voisinage des orifices glandulaires, et, sur les utérus extirpés dix jours après le curettage, ils forment, en certains points, un épithélium stratifié. Au niveau des saillies papilliformes de la muqueuse, aussi bien qu'à une certaine distance des orifices des glandes, les cellules épithéliales sont tantôt fortement aplaties et souvent très longues. Il y a de l'épithélium néoformé, superficiel, déjà trois jours après le curettage.

Dans les phases plus tardives du processus de régénération le tissu connectif fibrillaire, surabondant, rétrocède. Cette raréfaction connective est précédée d'une sorte de liquéfaction hyaline, qui se manifeste en beaucoup de points, déjà cinq jours après le curettage, dans la couche sous-épithéliale. Après dix jours, il ne reste plus en général que quelques

grêles tractus fibreux. En revanche, on trouve des cellules fusiformes, à prolongements protoplasmatiques, multiples, et à disposition en partie fibrillaire. Sûr les points, où la curette a attaqué la couche musculeuse, la perte de substance persiste jusqu'à dix-sept jours après le curettage. Le fond de la perte de substance constitue une couche la plupart du temps superficielle de tissu connectif et musculaire nécrosé avec eschare fibrineuse. Et dans cette couche nécrosique, parviennent de larges vaisseaux émanés des couches profondes et des couches musculaires atteintes par la curette. A ce niveau, le processus rappelle le tissu de granulation. Telles sont les constatations intéressantes faites par Werth sur l'action de la curette, action qu'on est enclin à supposer beaucoup plus radicale, beaucoup plus complète qu'elle ne l'est en réalité le plus souvent, et sur les phénomènes anatomiques qui aboutissent à la restauration de la muqueuse.

***

Prenant en considération les constatations de Werth sur l'action incomplète de la curette, Löhlein (1) fait remarquer que ces constatations anatomiques n'ont fait que sanctionner, de façon formelle, des observations cliniques déjà faites par les gynécologues expérimentés. Il attribue d'ailleurs à ces constatations une valeur pratique considérable, parce qu'elles sont de nature à indiquer par quels moyens on peut parer au curettage incomplet. D'après lui, l'action insuffisante est inhérente aux imperfections nécessairement associées à chaque sorte d'instrument. Ainsi la curette de Récamier se montrerait supérieure quand il s'agit d'agir sur l'ensemble de la muqueuse utérine. Mais, elle ne saurait aussi bien que la cuiller tranchante de Simon-Schröder permettre d'agir sur la muqueuse du fond et des angles tubaires de la cavité utérine. Il y a donc indication à combiner les avantages des deux instruments.

---

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 14, p. 353.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 9 mai 1895.

M. Narich (de Smyrne) rapporte un cas d'**évolution artificielle du fœtus très difficile dans un utérus à cloison.** Il eut énormément de peine à saisir un pied et celui-ci, une fois saisi, à l'attirer à la vulve. En cette circonstance, il a senti vivement la nécessité d'un nouvel instrument, conçu de manière à saisir le pied récalcitrant au-dessous de la cheville, aisément, solidement et sans lui nuire, afin de pratiquer des tractions méthodiques et efficaces.

Thérapeutique intra-utérine. *Discussion* (suite). — M. Pichevin. — C'est en 1887 que Walton fit connaître son traitement de la pelvi-péritonite par la dilatation forcée et le curage de la matrice. Elle répondait à la nécessité qu'on éprouvait de réagir contre les abus de l'opération de Lawson Tait. Déjà Pippenskold, Hadra, Polk, Martin avaient pratiqué des laparotomies conservatrices. Poullet, Doléris et Gottschalk se déclarèrent partisans de la méthode de Walton plus ou moins modifiée.

Les adversaires de la thérapeutique intra-utérine déclarèrent que les partisans de la dilatation utérine n'avaient en vue que l'évacuation des collections enkystées des trompes. Or, disait M. Terrillon, avec quelques auteurs, cette évacuation est impossible, puisque l'orifice tubaire est oblitéré d'une façon absolue.

Cependant des faits nombreux et récents (Routier, Rivière, Prior, Wylie, etc.) démontraient que l'écoulement du liquide contenu dans la trompe par l'orifice utérin était indiscutable.

Quand une femme perd du pus dans l'utérus, quand après l'ablation d'une poche tubaire, on voit s'écouler du pus par le bout utérin sectionné, on peut dire qu'il est probable que le liquide pathologique qui sortait par l'orifice utérin provenait de la trompe. Mais on a dit que la diminution et la disparition des tumeurs péri-utérines n'étaient pas dues à la diminution ou à la disparition des salpingites, mais des péri-salpingites séreuses. J'ai observé avec M. Lyot un fait des plus nets d'évacuation tubaire. L'utérus ayant été enlevé avec les trompes et les ovaires, on put constater le

reflux dans l'utérus, du liquide purulent contenu dans les trompes. M. Terrillon a écrit que la dilatation utérine avait une tendance à obstruer les orifices tubaires. Une expérience de P. Delbet semble prouver le contraire; Delbet, ayant trouvé sur un cadavre un pyosalpinx et un hématosalpinx, pressa sur les deux tumeurs. Il ne s'écoula pas une goutte de liquide dans l'utérus. Il dilata la matrice avec des laminaires et exerça des pressions sur les tumeurs salpingiennes. Il fit évacuer ainsi du pus par l'orifice tubaire de l'utérus. La dilatation paraît avoir favorisé la sortie du liquide purulent. Dans deux cas, j'ai amené par la dilatation l'évacuation d'une collection siégeant dans le moignon utérin d'une trompe enlevée quelques mois auparavant.

J'ai dilaté une femme atteinte de salpingo-ovarite double. Après le curage, il y eut une véritable débâcle purulente par l'utérus, débâcle qui dura plusieurs jours et qui amena progressivement la diminution des masses péri-utérines qui remplissaient le petit bassin. La guérison symptomatique fut obtenue complètement. Quant aux annexes, on les sentait à peine, un an après. On a tort de séparer nettement les collections enkystées de celles qui ne le sont pas. Une dilatation tubaire peut se produire sans qu'il y ait obstruction complète et définitive. Sous l'influence de l'inflammation, la muqueuse tubaire augmente de volume et il se produit un engouement surtout dans la portion utérine de la trompe. Au niveau de l'ostium uterinum, les plis longitudinaux réduits à 3 ou 4 se renflent et s'emboîtent. Il suffit d'un éperonnement de la muqueuse pour qu'il y ait obstruction.

Que l'inflammation disparaisse, la trompe sera de nouveau perméable. A. Doran a prouvé histologiquement cette espèce d'engouement tubaire par éperonnement de la muqueuse. Je dis donc que, s'il y a des cas où la trompe est définitivement obstruée par soudure de la face interne du canal tubaire, il existe des faits qui démontrent que la lumière de la trompe n'est que momentanément obstruée, engouée. La contraction des muscles tubo-utérins et l'exagération de la tension intra-tubaire accusent la progression de l'évacuation des liquides de la trompe.

Mais ce serait méconnaître les indications de la méthode de Walton que de l'appliquer aux collections dites enkystées. En réalité, le triomphe de la méthode se constate dans les cas où il n'y a ni enkystement, ni lésions trop profondes des trompes.

Les échecs sont dus, d'une part, à une dilatation insuffisante de

l'utérus. On a dilaté le col et on a négligé de dilater le corps. Le curage a été mal fait. On a cessé trop rapidement le traitement intra-utérin consécutif. Enfin, les insuccès s'expliquent par l'incurabilité des lésions péri-utérines (lésions scléreuses, ovaire suppuré, adhérences, etc.) qui donnent lieu à des douleurs rebelles.

La thérapeutique intra-utérine est contre-indiquée dans les cas aigus, dans les cas où il y a du pus autour de l'utérus, dans l'hématosalpinx, la grossesse intra-utérine et la salpingite tuberculeuse. A l'exemple de Landau, on peut, dans certains cas, tenter de faire le diagnostic par une ponction qui peut être en même temps curative. S'il s'agit de collection purulente, il faut faire soit l'incision vaginale, soit la laparotomie, soit l'hystérectomie. Quelle conduite doit-on tenir quand on a affaire à des salpingites non kystiques ? Il est difficile de se prononcer. Une salpingo-ovarite mobile, de petit volume, non prolabée, aura des chances plus sérieuses de guérison qu'une grosse masse tubo-ovarienne bas située et adhérente.

On prendra en considération plusieurs facteurs : l'ancienneté des lésions, les accidents à répétition, l'âge des malades, la condition sociale, la volonté des malades de conserver leurs organes sexuels. Mais quelle proportion de succès obtient-on par la dilatation, le curage et le drainage? Je crois qu'on échoue au moins dans la moitié des cas. Et cependant il ne faut pas renoncer trop tôt à tout espoir, comme le prouvent des guérisons suivies de grossesses inespérées.

Malgré les succès que j'ai obtenus, je reconnais que la dilatation utérine, le curage et le drainage constituent un traitement de longue haleine, ennuyeux pour le gynécologiste, douloureux, souvent mal supporté par les patientes, et incertain dans ses résultats.

Quand on ne réussit pas, les malades sont découragées et se refusent parfois à toute tentative opératoire plus sérieuse. La période de dilatation utérine est longue et douloureuse. L'introduction et la sortie des éponges ne se font pas sans souffrances. Je propose de supprimer ce temps préparatoire et d'en revenir à la méthode primitive de Walton : on endormira les malades, on fera une dilatation très lente, prudente et progressive ; avec des dilatateurs à deux branches parallèles et munis d'une vis dilatatrice, on obtiendra une dilatation extemporanée large ; on pratiquera le curage, on fera deux lavages intra-utérins qui seront répétés

chaque jour et on tamponnera l'utérus après chaque irrigation. Walton a obtenu ainsi d'excellents résultats. — CHARPENTIER. — Les cas d'évacuation d'une collection tubaire par l'utérus sont nombreux et il n'est pas un de nous qui n'en ait observé. — NITOT. — Les tumeurs que l'on peut rencontrer sur les parties latérales d'un utérus atteint d'endométrite, ne sont pas toutes formées par des collections liquides intra-tubaires. Elles consistent souvent en une sorte d'œdème inflammaioire péri-tubaire qui guérit facilement par le repos. De plus, il ne suffit pas qu'une trompe se vide pour que la femme guérisse. L'épithélium de la trompe et les tissus sous-jacents continuent en effet à être malades. — FOURNEL ne trouve pas les arguments de M. Pichevin bien probants, puisque, dans bon nombre d'observations qu'il cite comme cas favorables, on a dû recourir à l'hystérectomie. Il voit avec plaisir que M. Pichevin renonce à la dilatation dans les cas de collections purulentes péri-utérines. — LABUSQUIÈRE. — Olshausen vient de citer plusieurs cas de mort à la suite de la dilatation. M. Pichevin a-t-il connaissance de ce travail ?

M. PICHEVIN. — J'ai publié les accidents causés par la curette et par le dilatateur. Howard, O. Kelly, et Auvard ont incriminé ce dernier instrument qui a perforé quelquefois l'utérus. Le dilatateur de Sims à trois branches est un instrument dangereux ; les extrémités des trois branches divergent et menacent de creuser la paroi utérine, d'autant plus que l'on appuie brutalement avec les mains sur l'instrument et que l'on ne se sert pas de vis pour graduer la force dilatatrice. Un dilatateur à deux branches parallèles, mû par une vis graduée, n'est pas dangereux, pourvu qu'on y mette de la prudence, de la lenteur et de la patience. J'ai noté dans un travail sur le curettage les cas de perforation utérines publiés par Olshausen. *(A suivre.)*

VARIA

Nous avons le plaisir d'annoncer aux lecteurs des *Annales* que le concours d'agrégation pour la Chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. A. BROCA, WALTHER et HARTMANN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Audebert. Utérus bicorne. *Gazette hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 1895, p. 173. — **Curatulo** et **L. Tarulli**. Einflus der Abtragung der Eierstöcke auf den Stoffwechsel. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 553. — **Farner**. Ein Beitrag zur Kasuistik der Elephantiasis. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 17, p. 448. — **Heinricius**. Zwei Falle von Enterocele vaginalis posterior. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 17, p. 441. — **Herff**. Zur Frage des Vorkommens von Follikelnerven in Eierstock des Menschen. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 5, p. 126. — **Jones (Henry Macnaughton)**. Dangers of morphia in gynæcological practices. *The Provincial medical Journal*. Leicester, 1895, p. 186. — **Kober**. Ueber vicariirende Menstruation durch die Lungen und ihre Beziehung zur Tuberculose nebst Bemerkungen über die Behandlung von Lungenblutungen. *Berl. klinische Wochensch.*, n° 2, 1895, p. 32. — **Landau**. Zur Protozenfrage in der Gynäkologie. *Berl. klinisch. Wochensch.*, 1895, n° 22, p. 472. — **Löhlein**. *Gynäkologische Tagesfragen*, IV, Hft. Wiesbaden. — **Parvin**. A contribution to demography. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, avril 1895, p. 393. — **Rabagliati**. Sur quelques symptômes simulant les maladies d'organes pelviens chez la femme et leur traitement. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 351. — **Ransom**. Hysterical or functional disease. *British medical Journal*. London, 4 mai 1895, t. I, p. 972. — **Richardson**. Hysteria : Cerebral Manifestations. *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 635. — **Rosner**. Ueber die sog. Thermocauterectomia uteri totalis zur Verhütung von Impfrecidiven. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 558. — **Rüping**. *E. Fall v. Hernia retroperitonealis Treitzii, e Ovarialcyste vortäuschend*. Tubingen. — **Thiébaut**. Bactériologie gynécologique. *Annales de l'Institut Sainte-Anne*. Bruxelles, 15 juin 1895, t. I, p. 93. — **Tod Gilliam**. The vaginal route for operations on the pelvic viscera. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 8 juin 1895, p. 664. — **Van Dyck**. Hysterical or functional disease. *British medical Journal*. Londres, 4 mai 1895, t. I, p. 973. — **Vaughan**. Some observations on the relations of pelvic diseases to psychic disturbances in women. *Medical News*. Philadelphia, 27 avril 1895, p. 449.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Apostoli** et **Le Bec**. Nouveaux faits à l'appui des contributions de l'électrothérapie au diagnostic en gynécologie. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 mai 1895, p. 196. — **Berry Hart**. Uterine curetting. *The medical Chronicle*. Manchester, avril 1895, vol. III, n° 1, p. 11. — **Brown (C. B.)**. Rest therapy in gynæcology. *Medic. Standard*, N.-Y., juin 1895, t. XVII, p. 170. — **Ford (Willis E.)**. Dangers of uterine tampon. *Buffalo med. and surg. Journ.*, mai 1895, p. 588. — **Fritsch**. Occlusion of the uterus after curetting. *Cent. f. Gyn.*, décembre 1894, p. 208. — **Jentzer u. M. Bourcart**. *Die Heilgymnastik in der Gynaekologie u. die mechanische Behandlung v. Erkrankungen des Uterus u. seiner Adnexe nach Thure Brandt*. Leipzig. — **Kolischer** (G.).

Ein Instrument zu kleinen endovesicalen Eingriffen beim Weibe. *Wien. medic. Presse*, 1895, n° 24, p. 966. — **Routh (Amand)**. A note on some aids to rapid dilatation of the uterus. *Lancet*. London, t. I, p. 1578. — **Rumpf**. Pelvic massage in gynaecology. *Medical Standard*. Chicago, mars 1895, p. 75. — **Sippel (A.)**. Ueber die Anwendung des intra-uterin Stiftes. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 561.

VULVE ET VAGIN. — **Kleinwächter**. Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Bartholin'schen Drüse. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 191. — **Pozzi**. De la périnéotomie transversale comme temps préliminaire à l'extirpation du cancer et du vagin. *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*. Paris, 15 avril 1895, p. 93. — **Stone**. Transverse septa of the Vagina. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 30 mai 1895, p. 533. — **Pryor**. Gonorrhea in the Female. *Medical Standard*. Chicago, mars 1895, p. 79. — **Turrey**. Case of atresia of vagina. *The Boston medical and surgical Journal*, 30 mai 1895, p. [illegible]. — **Watkins**. Prolapse of the anterior vaginal wall and its repair by lateral colporrhaphy. *The American gynaecological and obstetrical Journal*. New-York, avril 1895, p. 410. — **Winternitz**. Hämatokolpos nach Vaginitis adhaesiva ulcerosa. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 13, p. [illegible].

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Barrage**. Two Cases of Freund's New Operation for Prolapse. *Annals of Gyn. a Ped.*, mars 1895, p. 372. — **Condamin**. Hystéropexie pour prolapsus utérin. *Lyon médical*, 1895, p. 130. — **Foerster**. The Surgical Treatment of Retrodisplacement of the Uterus. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 622. — **Hochenegg**. Ueber die Verwendbarkeit der sacralen Methode bei fixirter Retroflexion. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 15, p. 413. — **Holst (Otto)**. Westermark's operation for uterine prolapse. *Lancet*, 1895, t. I, p. 1511. — **Matthew Mann**. Intra-abdominal shortening of the round ligaments for retro-displacements of the uterus. *Medical News*. Philadelphia, 23 mars 1895, t. I, p. 315. — **Mayo Robson**. Operative treatment in prolapse of the pelvic viscera. *The Provincial medical Journal*. Leicester, 1er mai 1895, p. [illegible]. — **Müller**. Ueber Vagino-fixation des retrovertierten Uterus. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 309. — **Pichevin et Arrizabalaga**. De la colpohystéropexie antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines. *Sem. méd. Paris*, mai 1895, p. 217. — **Robert L. Dickinson**. Does Laceration through the Sphincter Ani ever occur in the Median Line? Seventeen Cases of Lateral Injury. *The Am. Gyn. and Obst. J.*, mai 1895, p. 536. — **Segale**. Laparo-hystéropexie extra-péritonéale dans le traitement du prolapsus et de la rétroflexion de l'utérus. *Revue de chirurgie*, 1895, p. 338. — **Vedel**. De la périnéorraphie par le procédé de Lawson Tait. *N. Montpellier médical*, 1894, [illegible], p. [illegible].

MÉTRITE. ULCÉRATIONS, ETC. — **Beach**. The Deciduoma Malignum. *Annals of surgery*. Philadelphia, mai 1895, p. 525. — **Eitelberg**. Die Behandlung der Endometritis. *Wien. medicin. Presse*, juin 1895, p. [illegible]. — **Mc Gannis**. Menorrhagia and metrorrhagia as caused by conditions other than fibroids. *The American gynaecological and obstetrical Journal*. New-York, avril 1895, p. 418. — **Price**. Operation for complete perineal laceration. *The medical Age*. Detroit, Mich., 10 juin 1895, p. [illegible]. — **Spiller**. *Placentarpolypen* or *Placentar-*

polyp? Halberstadt. — **Thomas More Madden.** Leucorrhæa, its causes, varietes, and treatment. *The medical Age,* Detroit, Mich., 10 juin 1895, p. 330. — **Thomson.** Hochgradige Hypertrophia der Portio vaginalis uteri. *Cent. f. Gyn*, 1895, n° 16, p. 415. — **Trepant.** Névrites et diathèses. *Archives de tocologie et de gynécologie,* mai 1895, p. 333. — **Tuttle.** A case of concealed uterine hemorrhage. *Boston M. a. S. J.*, 1895, CXXXII, 35. — **Wiederhold.** Zur Behandlung gewisser Fälle von Metritis chronica. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 354.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Baldy.** Hysterectomy for puerperal septicæmia; specimens. *The American gynæcologiæ and obstetrical Journal,* New-York, avril 1895, p. 431. — **Binkley.** Abdominal Hysterectomy with Enucleation of the Appendages in Septic Pelvic Diseases. *Am. J. of. Obst.*, avril 1895, p. 500. — **Burrage.** Multiple fibroïd of the uterus weighing four and a quarter pounds. *The Boston medical and surgical Journal,* 13 juin 1895, p. 596. — **Cullingworth.** The removal of the uterine appendages for uterine myoma with an account of twenty cases. *Annals of gynæcology and pædiatry,* Boston, avril 1895, p. 441. — **Engelmann.** The Early History of vaginal Hysterectomy. *The Am. Gyn. and. Obst. J.*, mai 1895, p. 521. — **Garceau (G.).** The French Method of Vaginal Hysterectomy. *Annals of. Gynæc. a. Pæd.*, mars 1895, p. 374. — **Godaert.** Cancer primitif du corps utérin. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique,* 1895, p. 17. — **Henrotin.** Vaginal Hysterectomy for Septic Pelvic Diseases. *Am. J. of Obst.*, avril 1895, p. 495. — **Hofmeier.** Zur Anatomie und Therapie des Carcinoma corporis uteri. *Zeitsch. f. G. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 171. — **Jacobs.** Du cancer utérin ; traitement local. *Annales de l'Institut Ste-Anne.* Bruxelles, 15 juin, t. I, p. 46. — **Jacobs.** Operative Technique in Vaginal Hysterectomy. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 679. — **Jessett (Fred. Bowreman).** Lecture on cancer of the body of the uterus. *Provincial medic. Journal.* Leicester, 1895, t. I, p. 294. — **Jessett.** Notes on three cases of carcinoma uteri successfully removed by vaginal hysterectomy. *The British gynæcological Journal,* Londres, février 1895, p. 472. — **Julius Rosenberg.** Fibroid Tumors of the Uterus as a Complication of Pregnancy and Labor. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 616. — **Kleinwächter.** Uterus Myom und Gestation. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 206. — **Lauwers.** Du traitement intra-péritonéal du pédicule après myomotomie abdominale. *Bullet. de la Soc. de gynéc. et d'obst.*, 1895, n° 6, p. 94. — **Leopold.** Myomectomy during Pregnancy. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 607. — **Lothrop (Havard A.).** Vaginal hysterectomy after Martin's method. *Boston med. and surgic. Journ.*, mai 1895, t. I, p. 458. — **Pichevin.** Dilatation vulvo-vaginale et hystérectomie vaginale. *Archives de tocologie et de gynécologie,* mai 1895, p. 388. — **Pick.** Zur Lehre von Myoma sarcomatosum und über die sogenannten Endotheliome der Gebarmutter. *Arch. f. Gyn.*, XLIX, Hft. 1, p. 1. — **Pilliet** et **Bouglé.** Anomalie de l'utérus et fibrome utérin. *Bulletin de la Société anatomique,* 1895, p. 295. — **Ries.** Eine neue Operationsmethode des Uterus carcinomes. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 266. — **Soudheimer.** Primarès Corpuscarcinom mit Hæmatometra und Hæmatokolops bei Atresia vaginæ senilis. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 348.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Auvard.** Diagnostic les [illegible]. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 321. — **Crowell.** [illegible] for Peri-uterine Suppuration. *Annals of Gynec. and Ped.*, mars 1895, p. 368. — **Delérie.** Des dangers et des [illegible] traitement conservateur par la [illegible] dans les lésions annexielles. — *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 25 avril 1895, p. [illegible]. — **Frank Louis.** [illegible] operation, recovery; ruptured [illegible] abscess, [illegible]. *Med. News*, Philad., 1895, t. I, [illegible]. — **Henry C. Coe.** Acute [illegible] versus diffuse Peri[illegible] *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, mai 1895, p. 562. — **Heywood Smith.** Left tubo-ovarian abscess. *The British gynaecological Journal*, Londres, février 1895, p. 488. — **Langer.** Ueber [illegible] Abscesse. *Arch. f. Gyn.* Bd. XLIX, Hft. [illegible], p. [illegible]. — **Marx.** [illegible] à la suite de vulvo-vaginite chez les enfants. Traitement [illegible]. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*. Paris, 1er mai 1895, p. 257. — **Pichevin.** Thérapeutique [illegible] des inflammations péri-utérines. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 25 mai 1895, p. 165. — **Schuyler C. Graves.** Certain pelvic abscesses with a new apparatus for their successful drainage [illegible]. *Medical News*, Philadelphie, 27 avril 1895, p. [illegible]. — **Stansbury Sutton.** Remarks upon the Etiology and Treatment of Some Pelvic Inflammations. *Am. J. of Obst.*, avril 1895, p. [illegible]. — **Thiebaut.** Abcès de l'ovaire et de la trompe communiquant avec un abcès de l'appendice. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, 1895, no [illegible], p. [illegible]. — **Tucker Harrisson.** Parametritis (or pelvic cellulitis); its pathological importance and clinical significance. *The American gynaecological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 402. — **Vautrin.** De [illegible] dans le traitement des collections pelviennes. *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 15 mai 1895, p. 304. — **Walton.** Annexites après curettage. *Bulletin de la Société belge de gynécologie*. Bruxelles, 1895, no 5, p. [illegible].

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE. DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bert.** Tumeur polykystique des ovaires; [illegible] de l'utérus et des annexes. *Lyon médical*, 14 avril 1895, p. 507. — **Boldt.** Vaginal extirpation of the uterus and adnexa in pelvic suppuration and septic puerperal metritis and peritonitis. *Am. J. Obst.*, 1895, XXXI, 1. — **Cortiguera.** Quiste ovarico voluminoso; ascitis; embarazo de [illegible] meses; ovariotomia; continuacion del embarazo. *Anales de obstetricia, ginecopatia y pediatria*, Madrid, juin 1895, p. 169. — **Cullingworth.** A case of ovarian cyst weighing over eighty pounds successfully removed from a girl under seventeen years of age. *Lancet*, Londres, 1895, t. I, p. 1572. — **Delagenière.** Des opérations pratiquées sur les annexes de l'utérus pendant le cours de la grossesse; trois observations. *Arch. prov. de chir.*, Paris, 1894, III, p. 729. — **Guimar[illegible]**. The Diagnosis of dermoid Cysts of the Ovary. *Annals of Gyn. a. Paed.*, mars 1895, p. 382. — **Lockwood.** The Diagnosis of retro-peritoneal sarcoma with cases. *The Lancet*, Londres, 25 mai 1895, t. I, p. 130[illegible]. — **Masse.** Kyste volumineux de l'ovaire; ponction aspiratrice; hémorrhagie intra-kystique, mort. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 5 mai 1895, p. 210. — **Mourret.** Septicémie

puerpérale; kyste para-ovarique suppuré; péritonite, méningite et lymphangite infectieuse. Laparotomie. Guérison. *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*, Paris, 13 mai 1895, p. 41. — **Peters**. Ileus durch kompression des Darmes durch Ovarialkystom ohne Stieltorsion. *Cent.f. Gyn.*, 1895, n° 13, p. 339. — **Pike**. Ovariotomy for multilocular cyst; recovery, complicated by femoral hernia ; remarks. *Lancet*, Londres, 1895, t. I, p. 1514. — **Polgar**. Die Heilung der Osteomalacie mittelst Castration. *Arch. f. Gyn.* Bd. XLIX, Hft. 1, p. 30. — **Reclus**. Hématocèle par rupture d'une trompe gravide. Opération huit ans après l'époque probable de l'avortement tubaire; existence de villosités choriales sur les caillots. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 28 mars 1895, p. 373. — **Richardson (Maurice H.)**. Two cases of dermoid cyst of the ovary involving the large intestine; removal of cysts; resection of intestine, and end-to-end suture ; recovery. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. I, p. 399. — **Schwan**. *Ovariotomie bei Gravidität.* Heidelberg. — **Smith (Heywood)**. A migrating ovarian tumour. *Lancet*, London, 1895, t. I, p. 1578.— **Teploff**. Ueber Entefernung der Adnexe und ihre Neubildungen vou hinteren Scheidengewölbe aus. *Cent. f. Gyn*, 1895, n° 25, p. 665. — **Voigt**. Fall von Kaiserschnitt nach Porro in der Schwangerschaft wegen malignen Ovarialtumors nebst Beitrag zur Pathologie des Corpus Luteum. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 1, p. 43.

ORGANES URINAIRES. — **Alapy**. Ueber das Resorptionsvermögin der Harnblase. *Cent. f. die Krankh.-Harn. u. Sexual. Organ.*, 1895, Bd. VI, Hft. 4, p. 181 — **Bache Emmet**. Injured Ureters in Abdominal Surgery, etc. *Am. J. of Obst.*, avril 1895, p. 449. — **Bako**. Harnröhrenresektion bei einer mit akuter Harnretention komplizierten traumatischen Harnröhren. *Cent. f. die Krankh Harn. u. Sexual-Organe*, 1895, Bd. VI, Hft. 4, p. 177. — **Bagot**. Stricture of the urethra in women. *Medical News*, Philadelphia, 20 avril 1895, p. 426. — **Emmet (Th. A.)**. Incurable Vesico-Vaginal Fistula. A new Method of Treatment by Suprapubic Cystotomy. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 593. — **Hottinger (R.)**. Harnsteine in einem Urethraldivertikel bei einen Frau. *Centr. f. die Krank. der Harn und sexual Organe*, Leipzig, 1895, p. 128. — **Hugh-Ferguson**. The Operative Treatment of Vesico and Recto-Vaginal Fistulæ. *The Cincinnati Lancet-Clinic.*, avril 1895, p. 443. — **Tuffier**. Des fistules urétéro-vaginales. *Mercredi médical*, Paris, 10 avril 1895, p. 169.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Crawford**. Notes on two Cases of Abdominal section, etc. *Brit. med. J.*, mai 1895, p. 1143. — **Currier**. Puerperal septicæmia ; abdominal section followed by recovery; abscess in right broad ligament. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 420. — **Herzfeld**. *Klinischer Bericht üb. 1000 Bauchhöhlen Operationen.* Wien. — **Noble**. Cœliotomy for puerperal septicæmia and peritonitis. *The American gynæcological and obstetrical Journal.* New-York, avril 1895, p. 423. — **Noble (Ch. P.)**. Cœliotomy for puerperal septicemia and for puerperal inflammatory condition. *Americ. Journ. of Obstetric.*, juin 1895, n° 6, p. 801. — **Ward**. Should exploratory incisions be resorted to as means of diagnosis in obscure diseases of the abdominal cavity. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895, p. 434. — **Werder**. Cœliotomy in ectopic gestation where the fœtus is living and viable, with the report of a successful case. *Med. Rec.*, N.-Y., 1894, XLVI, p. 41.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Ahlfeld**. Zur Benennung der Methoden bei der Leitung der Nachgeburts, periode, etc. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 571. — **Schuhl**. Présentation de front, tentatives de transformation en présentation de sommet. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 366. — **Secheyron**. Des irrégularités du mouvement de rotation dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. *Archives médicales de Toulouse*, 1er mai 1895, p. 157.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Godart**. La muqueuse utérine dans la grossesse. *Annales de l'Institut Sainte-Anne*. Bruxelles, 15 juin 1895, t. I, p. 110. — **Krönig**. Ueber die Natur der Scheidenkeime, speciell über das Vorkommen anaërober Streptokokken in Scheidensekret Schwangerer. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 16, p. 409. — **Remy**. Rôle de la vessie dans l'engagement du fœtus dans l'excavation pelvienne. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 383.

DYSTOCIE. — **Burrage**. Cases of Retrodeviation of the Pregnant Uterus Including a Case of Pregnancy in an Incarcereted by uterus an Ovarian Tumor; with Remarks. *The Boston med. a. surg. J.*, avril 1895, p. 380. — **Ervin Olden Tucker**. Deformed coccyx causing dystocia and death of child. *American Journ. of Obst.*, juin 1895, n° 6, p. 829. — **Fidelmann**. 595 *Fälle v. engen Becken m. besond. Berücksicht. der Therapie*. Bern. — **Geene Cumstom**. Tumors of the vagina considered in the obstetrical point of view. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, avril 1895, p. 433. — **Herbert Spencer**. On delivery in certain cases of impaction of the trunk of the fœtus. *Brit. med. Journ.*, 13 avril 1895, p. 808. — **Lefour**. Bassin infantile. Application de forceps au détroit supérieur. Enfant vivant avec enfoncement du frontal. *Gaz. hebd. des. sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 234. — **Leipoldt**. *E. Beitrag zur Behandlung der Geburt bei engen Becken*. Tübingen. — **Lewitzky**. Die heutige Statistik der Geburten bei Beckenverengerung infolge von Rückgratskyphose. *Monatssch f. Geb. u. Gyn.*, avril 1895, p. 317. — **Osmont** et **Chotard**. Dystocie par rigidité pathologique du col : rétention dans l'utérus pendant quatre jours de la tête dernière. *L'Année médicale de Caen*, 15 mai 1895, p. 77. — **Rivière**. Présentation du siège décomplétée; mode des fesses. *Revue obstétricale internationale*, Toulouse, 1er juin 1895, p. 127. — **Rapin**. Multipare. Bassin rachitique généralement rétréci et plat. Opération césarienne. Enfant vivant. Mère guérie. *Revue médic. de la Suisse Romande*, 20 avril 1895, p. 123.

GROSSESSE. — **Crouch (Myrix J.)**. Case of the pregnant woman. *The Cincinnati Lancet-Clinic*, 1895, p. I, 328. — **Larat** et **Gautier**. Traitement par l'électrisation des vomissements nerveux et principalement des vomissements de la grossesse. *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, Paris, 1er mai 1895, p. 273. — **Scheuneman**. Die Werthschätzung des Küsher'schen Zeichens. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 242.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Gouilloud**. Grossesse double dans un utérus double. Avortements successifs. *Lyon médical*, 1895, p. 253.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Foerster (Francis)**. Remarks on ectopic gestation. *Medic. Rec.*, N.-Y., 1895, t. I, p. 399. — **Levers (Arthur H. N.)**. Two cases of abdominal section illustrating the dia-

gnosis of tubal pregnancy prior to rupture of the sac. *Lancet*, London, 1895, I, p. 858. — **Mansell-Moullew**. Tubal gestation removed before rupture of the cyst. *The British gynæcological Journal*, Londres, février 1895, p. 506. — **Sinclair**. Two cases of extra-utérine gestation. *The medical Chronicle*. Manchester, mai 1895, p. 107.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Baginski** (**A**.). Noch einige Bemerkungen zur Frage der Kuhmilchnahrung und Milchsterilisirung. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 18, p 384. — **Braun v. Fernwald** *Der Kaiserschnitt bei engem Becken. Wien*. — **Binst** (**R.-C**). Methods of artificial respiration in the new-born. *Edinb. med. J.*, 1895, I, p. 994. — **Dohrn**. Tonische Muskelkontraktur bei todtgehorenem frühzeitigen Kinde einer Ehlamptischen, Sectio cæsarea post mortem ! *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 19, p. 498. — **Hagenbach-Burckhard**. Zur Aetiologie der Rachitis. *Berl. klin. Wochensch.*, 1895, n° 21, p. 449. — **Herman Schiller**. Ueber einen menschlichen Acardiacus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 200. — **Hermann Schmidt**. Drei Fälle von « Sclerema neonatorum ». *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*. 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 241. — **Hermes**. Untersuchungen über Temperatur Verhältnisse und Sterblichkeit der Neugeborenen verursacht durch Nabelerkrankung. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 17, p. 443. — **Hink**. Fötaler klonischer Zwerchfellskranpf. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 5, p. 121. — **Lazarewitch**. Zur Behandlung der Asphyxia neonatorum. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 566. — **Lemke**. *E. Thoracopagus dibrachius*. Königsberg. — **Mittendorf**. The treatment of blennorrhæa of the newborn. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, avril 1895. p. 438. — **Phillimore** (**R. H**.). An anencephalous monster. *Med. Rec.*, N.-Y., 1895, I, p. 489. — **Ramon Martin Gill**. Un caso de teratologio. *Annales de obstetricia ginecopatia y pædiatry*. Madrid, mai 1895, p. 137. — **Schreiber**. Die Theorie Quincke's über die Enstehung des Icterus neonatorum. *Berl. klin. Wochensch.*, 1895, n° 25, p. 543. — **Zedel**. Eine seltene Missbildsung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 2, p. 230. — **Zuntz** et **Shassmann**. Ueber das Zustandekommen der Athmung beim Neugeborenen und die Mittel zur Wiederbelebung Asphyktischer. *Berl. klin. Wochensch.*, 1895, n° 17, p. 361.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Binaud**. Traitement par la suture osseuse de la mobilité pubienne consécutive à la symphyséotomie. *Mercredi médical*. Paris, 3 avril 1895, p. 157. — **Boyd**. The accouchement forcé. *The American gynæcological and obstetrical Journal*. New-York, avril 1895, p. 399. — **Braithwaite**. A case of symphyseotomy. *Lancet*, 1895, t. I, p. 1437. — **Clifton Edgar**. Deep incision of the parturient cervix for rapid delivery. *American Journ. of Obstetric*, juin 1895, n° 6, p. 769. — **Davis**. Cæsarean section versus symphyseotomy. *Medic. Record*, 25 mai 1895, p. 641. — **Fry**. A Report of two Cases : 1) Symphyseotomy, 2) Elective Cæsarean Section. *The Am. Gynec. a. Obst. J.*, mai 1895, p. 579. — **Rector** (**Joseph. M**.). Symphyseotomy ; a case occurring in private practice. *Med. Rec.*, N.-Y., 1895, t. I, p. 617.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Balls Headley**. A case of puerperal pelvic cellulitis from phlebitis *The British gynæcological Journ.* London, février 1895, p. 478. — **Best** (**Harris**). A case of rupture of the uterus occurring at the first onset of labour. *Lancet*, London, 1895, I, p 925. — **Chambrelent** et **Oui**. Accidents gravido-cardiaques

chez une femme enceinte de huit mois. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 183. — **Courtney** (**S. E.**). Report of four cases of puerperal eclampsia occurring in the Boston city hospital. *Bost. med. and surg. J.*, 1895, t. I, p. 486. — **Dock** (**George**). Osteomalacia with a new case. *Amer. J. of med. sc.*, Philad., 1895, t. I, p. 499. — **Gallant** (**Ernest**). Placenta retained in utero one year ; impregnation ; fœtal sac over os internum ; hemorrhage as in placenta prævia ; outerbridge's irrigating cervical divulsor. *Méd. Rec.*, 1895, t. I, p. 619. – **Gaulard.** Etat puerpéral et tuberculose. *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 371. — **Gehé**. Rétroversion de l'utérus gravide. *Annales de la policlinique*. Toulouse, mars 1895, p. 34. — **Green Cumstorn**. Note on the Pathology and Treatment of Osteomalacia. *Annals of Gynæc. and Pædiat.*, mars 1895, p. 363. — **Hare** (**C. H.**). A case of eclampsia ; death. *Boston med. and surg. J.*, 1895, t. I, p. 487. — **Harrison** (**A. C.**). Placenta prævia. *Med. Rec.*, N.-Y., 1895, I, 493. — **Hirigoyen**. Hémorrhagie par rupture du sinus circulaire d'un placenta normalement inséré. *Gazette hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 292 — **Hubbard** (**Thomas**). Epistaxis and pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y , 1895, I, p. 489. — **Matthew D. Mann**. Perforation of the Uterus after Abortion with Prolapsus of Intestine ; with a Report of Three Cases, etc. *Am. J. of Obst.*, mai 1895, p. 603. — **Mougeot**. Tuberculose et infection puerpérale. *Gazette hebdomadaire*. Paris, 4 mai 1895, p. 213. — **Puech**. Vomissements incoercibles de la grossesse ; avortement effectué à l'aide du curettage. Guérison. *Revue obstétricale internationale*. Toulouse, 1er juin 1895, p. 123. — **Queirel**. Grippe et puerpéralité. *Revue obstétricale internationale*, Toulouse, 1er juin 1895, p. 121. — **Shaw** (**John**). Two cases of placenta prævia centralis treated by means of Champetier de Ribe's bag. *The British gynæcological Journal*, Londres, février 1895, p. 545. — **Silex** (**P.**). Ueber Retinitis albuminurica gravidarum. *Berl. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 13, p. 385. — **Williams** (**W. I.**). Diseased conditions of the ovum leading to watery discharges from the uterus. *Medic. News*, Philad., 1895, I, p. 343. — **Woyer**. Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 13, p. 327.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Cullingworth**. On the local, treatment of puerperal fever. *The Practitionner*, Londres, avril 1895, p. 312. – **Gubaroff**. Ueber die Behandlung der Eklampsie. *Cent. f. Gyn.* 1895, n° 5, p. 127. — **Horace E. Marion**. Early curetting in puerperal Sepsis. *The Boston medical and surgical Journal*, 30 mai 1895, p. 538. — **Phillips** (**John**). On the management of the pregnant, parturient, and lying in woman suffering from cardiac disease. *The practitioner*, London, juin 1895, p. 486. — **Sirois**. Injections vaginales avant et après l'accouchement. *Union médic. du Canada*, Montréal, 1895, t. IX, p. 169.

VARIA. — **Lavergne**. La pression atmosphérique peut-elle être considérée comme une cause de rétention placentaire ? *Archives de tocologie et de gynécologie*, mai 1895, p. 321. — **Müllerheim**. Zur Diagnose des Placentarsitzes. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 21, p. 569. — **Sherwood Dünn**. Un cas de grossesse normale chez une femme à qui on n'a laissé qu'une portion d'ovaire. *La Clinique française*, 1895, mai, p. 445.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, DIAGNOSTIQUÉE AU SIXIÈME MOIS, OPÉRÉE A UNE ÉPOQUE RAPPROCHÉE DU TERME ; — EXTRACTION D'UN ENFANT VIVANT ; SUITES HEUREUSES POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT (1).

Par le professeur **A. Pinard.**

Le 26 février 1895, entrait dans mon service, à la clinique Baudelocque, la femme Philomène Nicolet, qui m'était adressée par mon collègue et ami le professeur Berger.

Cette femme, âgée de trente-six ans, nous raconte ce qui suit : elle nous affirma n'avoir jamais été malade. Réglée à quatorze ans, les règles parurent régulièrement depuis cette époque, tous les mois, jusqu'au mois de juillet 1894 ; mais, elle ne peut préciser exactement la date.

Dès le mois d'août, nausées et vomissements, et du 22 au 23, elle perd un liquide à peine rosé. Elle continue son métier de blanchisseuse. Mêmes symptômes pendant le mois de septembre : du 22 au 23 septembre, même perte qu'au mois d'août.

Au mois d'octobre, douleurs abdominales qui l'obligent à s'aliter pendant deux jours ; puis, reprise du travail et de la vie habituelle. Pendant le mois de novembre, les douleurs reparaissent en même temps que la miction et la défécation

(1) Communication à l'*Académie de Médecine*, séance du 6 août 1895.

deviennent douloureuses. Elle ne peut bientôt plus se tenir debout, prend le lit et fait appeler pour la première fois un médecin. Ce premier confrère diagnostiqua une grossesse avec menace de fausse couche et prescrivit le repos au lit. Les douleurs persistant et la fausse couche ne se faisant pas, un deuxième médecin fut appelé qui diagnostiqua fibrome utérin et non grossesse. Et dans le but de faire revenir les règles, il ordonna de prendre matin et soir un cachet contenant vingt centigrammes de poudre de sabine. 75 de ces cachets, c'est-à-dire 15 grammes de sabine furent pris (j'ai eu entre les mains les ordonnances), sans produire le moindre incident. Au mois de février, les douleurs devenant moins vives, elle put quitter le lit et alla, alors, consulter dans un service d'accouchements où on lui dit qu'elle était enceinte et qu'elle avait en plus une tumeur.

Quelques jours après, elle éprouvait des douleurs au niveau du membre inférieur gauche qui augmentait de volume, et cela d'autant plus qu'elle restait debout plus longtemps.

C'est pour cette raison qu'elle alla consulter le professeur Berger, qui, après l'avoir examinée, pensa à une grossesse extra-utérine et voulut bien me l'adresser.

Examen a son entrée. — État général mauvais, facies grippé. Cuisse et jambe gauches œdématiées et douloureuses. A la vue, le ventre est développé comme chez une femme enceinte de six mois environ. La paroi abdominale est tendue, lisse et dépourvue de toute trace de vergeture.

Au *palper*, on constate la présence d'une tumeur médiane dépassant l'ombilic de deux travers de doigt. Cette tumeur à parois kystiques constamment tendues ne peut être déplacée. Elle parait fixée et immobilisée par des adhérences dans la profondeur. Ce n'est qu'avec difficulté qu'on perçoit, en déprimant fortement la paroi, la sensation des parties fœtales. Mais, à gauche et en bas de l'ombilic, on entend avec facilité les bruits du cœur. A droite, en dehors et à côté de la grosse tumeur on en sent une petite, de la grosseur

d'une mandarine qui présente, pendant l'examen, des alternatives de durcissement et de ramollissement. Quand elle durcit, on peut non seulement la sentir et constater le sillon qui la sépare de la grosse tumeur, mais encore, on peut aussi la voir formant un relief dans la fosse iliaque droite.

En pratiquant le toucher de la main gauche, on trouve l'excavation remplie par la partie inférieure de la grosse tumeur, et en déprimant le point le plus déclive avec la pulpe de l'index, on perçoit le ballottement céphalique. Le col est légèrement dévié en avant et à droite ; il est ramolli comme dans la grossesse utérine. Pratiqué de la main droite, le toucher combiné avec le palper fait reconnaître que le col et la petite tumeur sont en continuité.

En présence de ces renseignements et de ces constatations, je porte le diagnostic de grossesse extra-utérine de six mois et demi environ avec enfant vivant. Mais, je fais remarquer à mes élèves qu'il nous manque un élément de diagnostic extrêmement important, à savoir : la certitude de la vacuité de l'utérus, que seul peut nous donner le cathétérisme intra-utérin. Et si je ne le pratique pas immédiatement, c'est que les autres symptômes sont assez nets pour ne pas me faire hésiter dans le choix de l'étiquette, et surtout, parce que je ne veux produire en ce moment, ni traumatisme, ni réflexe qui pourraient avoir dans l'espèce des conséquences fâcheuses.

Dans ces conditions, je résolus d'attendre, pour intervenir, l'époque où la viabilité du fœtus me paraîtrait parfaitement établie, et je pris toutes les mesures qui, à mon avis, me permettraient d'atteindre ce moment sans encombre. J'ordonnai le repos au lit, avec immobilité absolue. La régularité des fonctions fut assurée. Le membre inférieur gauche fut placé dans une gouttière ; les battements du cœur observés quotidiennement. — Le 8 mars, l'œdème de la jambe gauche ayant disparu, la gouttière fut enlevée. — État général excellent. — Le fond du kyste fœtal s'élève à 26 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Le fond

de la petite tumeur, c'est-à-dire de l'utérus, s'élève à 9 centimètres et demi.

Cette grossesse ectopique évolue ainsi, sans aucun incident, jusqu'à la fin du mois d'avril. Le kyste fœtal se développa, offrant toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire, immobilité et tension très accusée et constante de ses parois, de telle façon que le 30 avril, le fond s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse. L'utérus s'élevait à 11 centimètres et demi. Le col était aussi ramolli que chez une femme primipare à terme. Les battements du cœur étaient normaux. A aucun moment, l'auscultation pratiquée chaque jour n'avait permis d'entendre le souffle maternel. De temps en temps, seulement, on put percevoir à gauche et en bas un bruit de piaulement, mais extrêmement fugace.

Ce même jour, 30 avril, je fis une nouvelle leçon sur ce cas intéressant et je prévins les élèves que j'interviendrais le jeudi 2 mai. La viabilité du fœtus me paraissait acquise et le développement suffisait. Je pratiquai l'opération, le 2 mai, avec l'assistance de mon collègue et collaborateur et ami Segond et en présence de mon collègue P. Berger et de tous mes élèves.

Opération. — Chloroforme à 11 heures. — Cathétérisme de la vessie. Cathétérisme de l'utérus, avec le doigt d'abord. Le col est trouvé aussi mou que chez une femme à terme; il est facilement perméable, mais, aussi haut que le doigt peut atteindre, il ne perçoit rien au-devant de lui. Le cathétérisme de l'utérus est alors pratiqué avec une grosse sonde en gomme qui pénètre jusqu'au fond de l'organe. Du col au fond, l'étendue est de 14 centimètres et demi.

J'incise la paroi abdominale sur la ligne médiane. Les parois du kyste apparaissent, et on voit leur minceur extrême qui supporte de nombreux vaisseaux énormes; les uns dépassent le volume du petit doigt. Au moment où je pince la paroi, un de ces vaisseaux se rompt. Une pince qu'on cherche à appliquer sur le vaisseau ne fait que rendre

l'hémorrhagie plus considérable, tellement la minceur et la fragilité des parois est accusée. Le kyste est alors rapidement incisé. Un pied est saisi au fond du kyste et le fœtus extrait. La compression est faite au pourtour des parois du kyste à l'aide des mains d'abord, puis à l'aide de pinces à forcipressure et à ligaments. . . . . .

On procède immédiatement à la suture des parois du kyste aux lèvres de la plaie abdominale en comprenant dans la suture le bord du placenta qui affleure à droite et à gauche.

Quand ces nombreuses sutures sont faites, on voit alors une ouverture de 10 centimètres de diamètre dont le fond est tapissé entièrement par le placenta. Cette cavité est remplie de gaze iodoformée et salolée. Bandage de corps. Opération terminée à midi. . . . .

Pendant les suites de couches, la température n'a pas dépassé 38 degrés. Le lendemain, la mère allaitait son enfant.

Le 13 mai, premier pansement. On se contente de laver la cavité avec la solution de biiodure à 1 p. 4000. On renouvelle la gaze salolée. On fait ensuite le même pansement tous les trois jours.

Le 25 mai, une portion considérable du placenta s'est détachée spontanément et fait saillie; on l'enlève. Elle pèse 150 grammes.

Le 30 mai, on retire 70 grammes de placenta ; le 2 juin, 35 grammes, le 5 juin, l'irrigation fait sortir le reste, 175 grammes. Depuis ce moment, lavage quotidien de la cavité avec la solution biiodurée. La femme se lève le quarante-troisième jour. . . . .

Aujourd'hui, ainsi qu'on peut le constater, la cavité a disparu. Les parois du kyste sont résorbées ; l'utérus a repris sa place normale et l'état général est parfait.

L'enfant (garçon), dont l'extraction avait été aussi rapide que facile, présenta cependant des troubles de la respiration pendant quelques minutes. Il était plus qu'étonné. Les inspirations étaient rares et spasmodiques, mais on ne fut pas

obligé de pratiquer l'insufflation. Un quart d'heure après son extraction, la circulation et la respiration étaient normales.

Voici son poids et ses principales dimensions :

1° Poids..................	2.730	grammes.
2° Longueur totale.......	47	centimètres.
3° Diamètre de la tête :		
O.M..................	124	millimètres
O.F..................	112	—
S.o.B................	114	—
S.o.F................	104	—
Bi-P.................	94	—
Bi-T.................	8	centimètres.
S.M.B................	10	—

Cet enfant présente une légère asymétrie de la face, et une dépression assez accusée au niveau du maxillaire gauche, dépression produite par le moignon de l'épaule, la tête ayant été pendant la vie intra-kystique inclinée et pressée sur l'épaule gauche par les parois du kyste.

Cette asymétrie et cette dépression ont complètement disparu aujourd'hui, ainsi qu'on peut le voir en examinant l'enfant. Nourri en partie par sa mère, en partie à l'aide du lait stérilisé, il a présenté un accroissement normal.

Voici ses poids :

Poids initial...............	2.730	grammes.
3e jour.............	2.570	—
10e —	2.800	—
20e —	3.110	—
30e —	3.305	—
40e —	3.620	—
50e —	4.000	—
60e —	4.380	—
70e —	4.850	—
80e —	5.300	—
90e —	5.800	—

Remarques. — Cette observation me semble présenter un certain nombre de points intéressants concernant l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, la marche, le traitement de cette grossesse extra-utérine et le résultat obtenu.

Au point de vue de l'étiologie, je ferai remarquer combien il est rare de constater une grossesse ectopique chez une primipare n'ayant jamais présenté ni le moindre trouble fonctionnel de l'appareil génital, ni une affection quelconque de la cavité abdominale.

La symptomatologie a été celle observée dans la pluralité des cas. Sauf l'expulsion d'une caduque qui n'a pas eu lieu, nous retrouvons ici le schème du complexus symptomatique noté dans le plus grand nombre des observations, à savoir : la suppression des règles, des accidents abdominaux et des troubles de la miction et de la défécation survenant du deuxième au quatrième mois, etc. Je n'insisterai donc point, mais je veux m'arrêter sur certains phénomènes objectifs qui ont, de suite, pour ainsi dire, éclairé le diagnostic. Je veux parler de la présence de deux tumeurs : *l'une* grosse, à parois constamment tendues, comme dans les cas de grossesse utérine avec hydropisie de l'amnios, ou de kyste de l'ovaire, mais qui au lieu de se présenter comme dans ces cas, se montre immobile dans ses parties profondes ; *l'autre* petite, et présentant dès le moindre contact des alternatives de durcissement et de ramollissement. Je n'ai jamais, pour ma part, dans plus de 80 observations de grossesse extra-utérine que j'ai pu étudier, rencontré des contractions aussi fréquentes et aussi facilement mises en jeu. Je me permets donc d'attirer l'attention des accoucheurs sur ces deux points qui constituent, selon moi, deux éléments extrêmement importants du diagnostic : tumeur contenant un fœtus fixée dans la cavité abdominale, accompagnée d'une autre petite tumeur se contractant.

Je dois faire remarquer également que la superficialité des parties fœtales signalée par quelques auteurs, faisait ici com

plètement défaut. Du reste, j'ai pu constater que, sauf dans deux cas, où le fœtus était absolument libre, à nu, sans aucun sac, dans la cavité abdominale et où, par conséquent, il était facile de le percevoir, à travers la paroi abdominale, j'ai toujours perçu par le palper, le fœtus contenu dans le kyste fœtal avec plus de difficultés que le fœtus contenu dans l'utérus. Je ne ferai que signaler le ramollissement du col aussi prononcé que dans les cas de grossesse utérine. Cela dit au point de vue de l'étiologie, des symptômes et du diagnostic, j'arrive à ce point : étant donné qu'on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine, de six mois au moins, avec enfant vivant, que peut-on, que doit-on faire ?

C'est ce que je vais exposer rapidement en essayant de légitimer ma conduite dans ce cas, conduite qui a paru être en contradiction avec ce que j'enseigne depuis longtemps et à propos de laquelle je me suis déjà expliqué ailleurs, pour un cas semblable (1). Il est une formule que je répète souvent et qui, je crois, me paraît être acceptée par la majorité des gynécologues, c'est la suivante :

Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale.

Cette formule diffère de celle de Werth adoptée par beaucoup de chirurgiens et qui est celle-ci :

Toute grossesse extra-utérine doit être traitée comme une tumeur maligne.

Je vous demande la permission de vous montrer en quoi diffèrent ces deux formules. Celle de Werth implique l'intervention immédiate dès que le diagnostic est posé, car, on n'intervient jamais assez tôt dans un cas de tumeur maligne. La mienne, tout en commandant l'intervention, laisse aux circonstances le soin d'indiquer le moment de cette intervention, c'est-à-dire qu'elle prend en considération, suivant les cas, tantôt l'intérêt de la mère, tantôt l'intérêt de l'enfant, ainsi que je vais essayer de vous le démontrer.

---

(1) Voyez *Semaine médicale*, 10 janvier 1894.

Dans la première moitié de la grossesse ou quand l'enfant est mort depuis deux mois, j'accepte la formule de Werth. Oui, il faut opérer de suite, car alors la mère se trouve dans les meilleures conditions pour guérir, et quand, dans les premiers mois, l'enfant est vivant, nous savons combien il a peu de chances d'arriver à la viabilité. Donc, sur ce point, aucun désaccord.

Mais, il arrive que le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé dans les deux circonstances suivantes :

1° La grossesse est dans la dernière moitié, comme dans le cas que je viens de rapporter.

2° Le fœtus, âgé de plus de cinq mois, est mort seulement depuis quelques jours.

Dans ces deux cas, devons-nous intervenir de suite ? Telle n'est point mon opinion, et voici mes raisons.

Quand l'enfant est mort depuis quelques jours seulement, je crois qu'une intervention immédiate exposerait la mère aux dangers d'une hémorrhagie au même degré que si l'enfant était vivant. Et c'est pour cette raison que je préfère attendre deux mois environ, c'est-à-dire la cessation de la vascularisation placentaire active. Mais il est bien entendu que si des symptômes faisaient craindre, ou une rupture, ou une transformation purulente de son contenu, je n'hésiterais pas à intervenir de suite, au risque de courir les dangers de l'hémorrhagie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute d'une péritonite purulente.

Vous le voyez, l'intérêt de la mère est ici seul en jeu, et ce sont les circonstances qui, pour moi, dictent l'intervention.

Quand l'enfant est vivant et âgé de six mois, en intervenant de suite, c'est-à-dire en sacrifiant l'enfant, intervient-on dans des conditions plus favorables pour la mère que si l'on intervenait à l'époque de la viabilité du fœtus ? Je ne le crois pas. Je pense qu'à cette époque les dangers de l'hémorrhagie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce que le placenta, à cette époque, est en grande partie

développé. Et c'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de dangers à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire, comme l'a dit Rein au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles, *de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice.*

Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité. Comme preuve de cette assertion, je puis dire que sur trois cas où dans ces conditions, j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts avant que j'aie pu intervenir d'une façon utile en leur faveur. Le cas que je rapporte aujourd'hui est le seul qui m'ait permis de réaliser mon idéal.

Mais comme, dans cette occurrence, nous n'avons rien à perdre, il vaut mieux, à mon avis, essayer de sauver les enfants dont le développement ne sera point empêché, comme cela a déjà été fait un certain nombre de fois, et comme j'ai pu le faire moi-même.

C'est en m'appuyant sur ces principes, que je n'ai pas voulu intervenir de suite, me contentant de surveiller activement notre malade.

A ce propos, je ne saurais trop insister sur la valeur du *repos absolu* dans ces circonstances. Je suis convaincu que le développement énorme des vaisseaux de nouvelle formation entraîne leur fragilité et les expose à la rupture sous l'influence du moindre choc ou de la moindre pression. On a pu constater le bien fondé de cette assertion lors de mon intervention. Dès que j'eus touché à l'un de ces énormes vaisseaux, il se rompit et il est impossible, dans ces cas, de faire de la forcipressure, tellement est accusée la minceur et la friabilité des parois vasculaires.

Je n'insisterai pas davantage sur ces considérations, et je soulève une autre question : Sur quoi doit-on s'appuyer pour fixer le moment de l'intervention ? Ce point est également très important, car, intervenir trop tôt, c'est s'exposer, comme on l'a fait trop de fois, à extraire un enfant n'ayant

pas encore toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine; intervenir trop tard, c'est s'exposer à extraire un enfant mort.

Aussi, sur ce terrain si mouvant, je pense qu'il faut prendre en considération l'âge de la grossesse autant qu'on peut le connaître et le développement du kyste, contenant et contenu. Je crois que si le développement du fœtus dans un kyste fœtal n'est pas toujours entravé, il est tout au moins toujours plus ou moins gêné, retardé; il se fait moins régulièrement que dans la grossesse utérine.

Aussi, me paraît-il prudent, pour avoir toutes les chances d'extraire un enfant tout à fait viable, de ne pas intervenir, avant le 8e mois tout à fait accompli. Je fixerais donc le moment opportun de l'intervention dans le cours du 9e mois.

C'est ainsi que chez ma malade, bien que je ne fusse pas exactement renseigné sur la date des dernières règles, — je savais seulement qu'elle avait eu ses dernières règles au mois de juillet, — je ne voulus pas intervenir avant d'avoir constaté que le fond du kyste s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse (le fond de l'utérus à terme s'élevant en moyenne à 34 centimètres) et aussi avant d'être certain que la grossesse était dans le neuvième mois. Et la suite a démontré que je n'avais pas eu tort d'attendre jusqu'à cette époque.

Le moment de l'intervention étant fixé, j'étais absolument fixé sur le manuel opératoire que je suivrais. J'étais résolu à pratiquer la laparotomie, à ouvrir le kyste, à extraire le fœtus *et à ne pas toucher au placenta,* me contentant de la marsupialisation ou de l'extériorisation du sac.

D'après la lecture des observations publiées, et d'après ce que j'ai vu moi-même dans dix-sept cas, je pense qu'il est bien préférable, dans l'intérêt de la femme, de ne pas essayer d'extraire le placenta ou d'extirper le sac. L'on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences du kyste, où le placenta est inséré; en un mot, l'on ignore les difficultés auxquelles on pourra se heurter pendant l'opération.

Aussi, pour ces raisons, je suis partisan convaincu de la méthode qui consiste à tout faire pour éviter tout décollement du placenta, et à laisser ce dernier s'éliminer spontanément. Je redoute beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorrhagie par extraction immédiate, et je m'appuie sur les faits pour juger ainsi. Aussi, je répète ce que j'ai déjà dit et écrit nombre de fois : *enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, mais, c'est certainement moins prudent.*

Dans seize cas de marsupialisation, je n'ai pas eu un seul accident grave causé par la rétention placentaire. J'attendrai qu'un opérateur partisan de l'extirpation du sac me montre une série semblable pour changer d'opinion.

J'ai pu constater que l'élimination du placenta, si elle était peut-être un peu retardée, se faisait aussi facilement après extraction d'un enfant vivant qu'après extraction d'un fœtus mort. L'élimination s'est faite, dans le cas actuel, du vingt-sixième au trente-deuxième jour. Je ferai remarquer aussi que la cavité du kyste fut irriguée depuis le jour de l'opération, jusqu'au moment de sa disparition, avec la solution de biiodure à 1 p. 4000, sans qu'il y eût le moindre symptôme d'intoxication hydrargyrique.

J'arrive enfin à l'enfant. Ainsi que je l'ai dit, son poids était de 2,730 grammes. Il était bien conformé, sauf l'asymétrie faciale signalée plus haut. Ces déformations ou malformations observées chez des enfants développés dans un kyste fœtal ont été notées déjà par un certain nombre d'observateurs, notamment par :

A. Martin (1) : Volumineuse encéphalocèle à l'occiput.

Stadfeld (2) : Subluxation du poignet droit et des articulations tibio-tarsiennes.

William (3) : Petites déformations crâniennes.

---

(1) A. MARTIN. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1881.

(2) STADFELD. *Hospital Tidende*, 1886, p. 889.

(3) WILLIAM. *Transactions of the obstetrical Society of London*, t. XXIX, p. 482.

Spaeth (1) : Paralysie faciale.

Rein (2) : Légère asymétrie de la tête.

Olshausen (3) : Aplatissement considérable du crâne et du visage, du côté gauche.

Taylor (4) : Déformations crâniennes.

Frommel (5) : Sillon profond sur le pariétal gauche.

Guéniot (6) : Légère dépressiou au niveau de la suture fronto-pariétale gauche.

Marchand (7) : Légère dépression au niveau du pariétal droit.

Comme le dit, avec raison, le Dr Orillard (8), dans sa thèse inaugurale extrêmement intéressante :

« Il est certain que les malformations sont plus fréquentes chez les fœtus extra-utérins ; mais elles paraissent être, en somme, la plupart du temps, compatibles avec la vie. »

Elles sont semblables à celles qu'on observe quelquefois chez les enfants des primipares ayant peu de liquide amniotique et des parois utérines très résistantes ; ces déformations siègent sur les pieds, faux pieds bots, quand l'enfant se présente par le sommet, ou bien sur les côtés de la face, quand l'enfant se présente par le siège. J'ai cité plusieurs de ces cas dans mon traité du *palper abdominal*.

Ces déformations, résultat de pressions pendant la période de développement, disparaissent assez rapidement, et chez notre enfant, comme on peut le voir aujourd'hui, il n'y en a plus traces.

Chose curieuse, cet enfant, aussitôt après son extraction, qui avait été rapide et facile, ne s'est pas mis à crier de

(1) SPAETH. *Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Bd. XVI, 1809.

(2) REIN. *Centralblät für Gynäkologie*, 1892.

(3) OLSHAUSEN. In *Deutsche medecinische Wochenschrift*, 1890, p. 171.

(4) TAYLOR. *Transactions of the obstetrical Society of London*, avril 1891, p. 115.

(5) FROMMEL. *Münchener medecinische Wochenschrift*, 1892,

(6) GUÉNIOT. In *Thèse* Orillard, obs. LV, p. 93.

(7) MARCHAND. *Ibid.*, obs. LVI, p. 95.

(8) ORILLARD. *Th. doct.*, Paris, Steinheil, 1894.

suite, et la respiration a eu quelque peine à s'établir. Il a présenté le choc spécial encore inexpliqué qu'on observe chez presque tous les enfants extraits par l'opération césarienne, quelles que soient la rapidité et la facilité de l'extraction.

Mais ce trouble n'a pas duré, et un quart d'heure après sa naissance, toutes ses fonctions s'établissaient régulièrement.

Ainsi que le montrent ses poids, son accroissement a été normal. Aujourd'hui, il pèse 5,900 ; c'est un enfant superbe que j'ai fait venir avec sa mère et que vous allez pouvoir examiner.

DU CURETTAGE COMME MÉTHODE D'AVORTEMENT ARTIFICIEL

Par le Dr **P. Puech** (de Montpellier).

A la dernière session (avril 1895) de la *Société obstétricale de France*, j'ai relaté un cas de vomissements incoercibles de la grossesse, dans lequel je dus recourir à l'avortement provoqué. L'intérêt de cette observation résidait dans le procédé employé pour amener l'évacuation de l'utérus : le curettage.

Frappé par les résultats obtenus, j'ai été naturellement conduit à rechercher la valeur de cette méthode d'avortement artificiel. Pour cela, il fallait réunir les observations similaires, et, de cet ensemble de faits, dégager la gravité de l'opération, dresser le bilan de ses inconvénients et de ses avantages, établir sa légitimité dans certains cas ; celle-ci reconnue, il y avait lieu d'envisager quelques points de technique. — C'est ce que j'ai tenté dans le présent mémoire.

I

Voici tout d'abord l'observation point de départ de ce travail, et les commentaires dont je l'ai fait suivre.

Obs. I (1) (personnelle).

Mme C..., 32 ans, domiciliée dans une petite localité des environs de Montpellier, est enceinte pour la septième fois. Sauf la première grossesse, qui s'est terminée à 8 mois par la naissance d'un enfant mort-né, les cinq autres grossesses sont allées jusqu'à terme. De ces cinq enfants, trois vivent actuellement ; ils ont 13, 10 et 9 ans. Un enfant, le troisième, a succombé au bout d'un mois et demi ; le dernier, qui se présentait par le siège, est mort pendant le travail. A noter que chacune de ces grossesses a été marquée par des vomissements assez pénibles.

Comme antécédents pathologiques, nous relevons l'existence d'accidents nerveux, pour lesquels M. le professeur Grasset consulté a porté le diagnostic d'hystéro-neurasthénie.

Les règles se sont montrées la dernière fois le 10 juillet 1894. Le 5 août, dans la journée, la malade a quelques vomissements, attribués tout d'abord à une indigestion. Le lendemain et les jours suivants, les vomissements se reproduisent, peu fréquents au début, se répétant ensuite de plus en plus et fatiguant beaucoup la malade. C'était l'époque de la menstruation, qui manqua.

Les vomissements augmentant toujours, mon excellent confrère, le Dr Castan (de Pignan), fut appelé le 16 août. Il recueillit les renseignements que je viens de reproduire, pratiqua une exploration génitale qui lui permit de percevoir une légère augmentation du volume de l'utérus, et dès lors pensa, avec juste raison, qu'il s'agissait de vomissements dus à un début de grossesse. Tous les divers moyens usités en pareils cas furent successivement essayés : potion de Rivière, champagne glacé, eau chloroformée, colombo, vésicatoire sur la région épigastrique, tampons enduits d'une pommade de cocaïne appliqués sur le col...; rien n'y fit. Les vomissements devenaient toujours de plus en plus intenses : de 15 à 20 par jour, ils arrivèrent aux chiffres de 60, 80 et 90. Le 27, la malade est vue en consultation avec le professeur Hamelin, qui conseilla les opiacés. Ces derniers n'eurent pas plus de succès que les moyens précédemment employés.

---

(1) Cette observation a éte rédigée d'après les notes que le Dr Castan m'a très obligeamment adressées.

Voyant l'état de la malade s'aggraver de jour en jour, le Dr Castan pensa que la seule ressource était l'interruption de la grossesse, et, le 31 août, il m'adressait une dépêche me priant de venir au plus tôt pratiquer un avortement.

Dès mon arrivée, je n'eus pas de peine à me rallier à la manière de voir de mon confrère. Je trouvai, en effet, Mme C..., dans un état des plus misérables : l'amaigrissement qui, aux dires du Dr Castan, s'est produit avec une très grande rapidité, est considérable ; les traits sont altérés, les yeux excavés, tendance aux syncopes ; le pouls bat de 124 à 128 fois par minute ; les urines sont rares ; il n'y a pas d'acidité et de fétidité de l'haleine. Au lit, qu'elle ne quitte pas depuis plusieurs jours, la malade garde une attitude particulière : elle est repliée sur elle-même, de manière à soulager un peu l'abdomen endolori par suite des vomissements fréquents et des nausées continuelles. Elle demande la mort à grands cris, pour mettre fin à ses souffrances.

Le toucher vaginal combiné au palper me fit percevoir l'augmentation de volume de l'utérus, dont le fond, facilement accessible à travers la paroi abdominale amaigrie, affleurait le bord supérieur du pubis. Il n'y avait pas la moindre déviation dans aucun sens. Le pourtour de l'orifice externe du col est légèrement ramolli ; il n'offrait ni éversion, ni surface granuleuse.

Je me prononçai pour l'avortement, qui fut accepté.

Je m'étais muni à tout hasard, en même temps que d'une sonde et d'un ballon-excitateur de M. Tarnier, d'une curette tranchante et d'un laveur-dilatateur de Reverdin. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques et avoir soumis la femme à l'action de quelques bouffées d'éther, je procédai à l'évacuation de l'utérus à l'aide de la curette.

Le col, saisi avec une pince tire-balle, fut abaissé à la vulve ; j'introduisis dans l'utérus le laveur-dilatateur de Reverdin, dont les branches furent lentement écartées et fis une abondante irrigation avec deux litres d'eau bouillie, contenant 1 gramme de sublimé.

C'est alors qu'agissant avec la curette, j'arrivai à extraire l'œuf presque en entier. A plusieurs reprises, l'instrument fut promené sur les parois utérines, de manière à effectuer une évacuation de l'utérus aussi exacte que possible. Quand la curette ne ramena plus de débris, je fis à nouveau une irrigation intra-utérine avec

trois litres environ d'eau bouillie, et terminai en écouvillonnant vigoureusement les parois de l'utérus avec de la ouate disposée autour d'une étroite pince à pansement et imbibée d'alcool. Une lanière de gaz salolée est tassée lâchement dans la cavité utérine, et le vagin est tamponné avec de la ouate antiseptique. L'hémorrhagie a été insignifiante, presque nulle. Les divers actes opératoires n'ont pas demandé plus d'une demi-heure. Prescription : champagne frappé ; une pilule d'extrait gommeux d'opium pour la nuit.

Les suites opératoires, comme les résultats thérapeutiques, furent également heureux. Les vomissement cessèrent immédiatement, « comme par enchantement », m'écrivait le Dr Castan ; il ne s'en est plus produit un seul depuis l'intervention. Le ventre conserva un peu de sensibilité pendant les deux premiers jours, mais sans ballonnement, sans qu'il y ait la moindre menace de péritonite. Au reste, la température, prise régulièrement par mon confrère, n'a pas dépassé 37°,7. Le 3 septembre, le quatrième jour après l'opération, je suis retourné auprès de la malade, et je pus constater par moi-même les heureux changements accomplis dans son état : le lait et le bouillon sont bien tolérés ; le matin même un œuf a été donné. Après ablation du tampon vaginal et de la gaze laissée dans l'utérus, je fais une irrigation intra-utérine, qui ne ramène que quelques débris insignifiants. Les jours qui suivent des injections vaginales sont pratiquées matin et soir. Le 11, la malade, quoique encore faible, quitte le lit pendant quelques heures. Soumise à un régime tonique, elle prend rapidement des forces, et le 16 septembre peut aller jusqu'à l'église voisine. Dans les premiers jours d'octobre, elle était complètement rétablie.

Point n'est besoin de s'étendre en longs commentaires au sujet de cette observation. Elle ne tire quelque intérêt que de la conduite suivie. C'est donc à ce seul point de vue que je veux m'en occuper.

L'avortement était-il justifié dans le cas présent ? D'une manière unanime, les auteurs reconnaissent combien, en pareille circonstance, la conduite de l'accoucheur est délicate, le problème embarrassant à résoudre. D'une part, en effet, on doit craindre d'intervenir trop prématurément, alors

qu'il serait encore possible d'obtenir la guérison sans sacrifier la grossesse; de l'autre, on doit redouter de laisser échapper le moment favorable et de pratiquer l'avortement à une époque trop avancée, alors que la malade est entrée dans la troisième période et que la mort est à peu près inévitable.

Pour échapper à ce double écueil, Paul Dubois, dont l'opinion est acceptée par tous les accoucheurs, place le moment de l'intervention à la fin de la seconde période, avant que se soient déclarés les accidents cérébraux, qui caractérisent la troisième. Lorsque j'ai vu pour la première fois ma malade, je trouvais chez elle tous les signes que ce maître a donnés comme établissant la convenance de l'avortement provoqué, c'est-à-dire vomissements presque continuels, amaigrisssment et faiblesse extrêmes, apathie et syncopes, altération profonde des traits, accélération et petitesse du pouls, diminution de la quantité des urines, enfin insuccès de toutes les médications qui avaient été antérieurement essayées.

M. Charpentier a beaucoup insisté sur l'importance de la diminution du poids, qui fournirait des données certaines, devant servir de guide à l'accoucheur : toutes les malades maigrissent sans doute, mais avec une rapidité variable. Lorsque la déperdition quotidienne ne dépasse pas 150 à 200 grammes, on ne doit pas se préoccuper outre mesure ; si, au contraire, elle arrive à 300 et surtout à 500 grammes, l'état devient grave, et la question de l'intervention se pose absolument. De là l'importance des pesées journalières. Force a été dans notre cas de nous priver de ce moyen dont nous reconnaissons l'utilité et la simplicité. J'ai dû me contenter des renseignements fournis par l'entourage et le confrère qui, avec beaucoup de soin, avait suivi la malade. L'un et l'autre avaient été frappés par la rapidité avec laquelle l'amaigrissement s'était opéré.

Me basant sur ces constatations et sur celles que moi-même je relevai, en présence de l'impuissance de la théra-

peutique très rationnellement suivie jusque-là, je pensai qu'il y aurait danger à différer l'intervention, et, sans plus tarder, je me mis en demeure de pratiquer l'avortement. On a vu que celui-ci avait été réalisé à l'aide du curettage. J'avais, en effet, présent à l'esprit le souvenir de deux ou trois faits récemment publiés où cette méthode avait été employée, et ce avec le plus grand succès. Il me sembla, que dans le cas présent, elle trouvait son indication et qu'elle devait être préférée aux autres procédés d'avortement artificiel.

Trois raisons me décidèrent à ce choix.

La situation était grave et pressante ; dès lors toute perte de temps devenait nuisible. Justement le curettage allait me permettre d'atteindre très rapidement le but cherché, c'est-à-dire l'évacuation de l'utérus. — Chez une malade déjà si faible, si profondément anémiée, il fallait, autant que possible, se mettre à l'abri d'une hemorrhagie, quelque minime qu'elle soit. Or les méthodes classiques d'avortement artificiel ne donnaient à cet égard aucune garantie : on pouvait toujours craindre que — le réveil de la contraction utérine une fois obtenu, — l'expulsion de l'embryon et de ses annexes ne se fît pas sans hémorrhagie, cette compagne habituelle et souvent redoutable de l'avortement. Enfin nous nous trouvions dans des conditions particulièrement défectueuses pour surveiller un avortement qui aurait demandé un temps plus ou moins long pour s'accomplir : la localité où nous opérions était à 18 kilom. de Montpellier et à 2 kilom. de la résidence de mon confrère ! En cas de besoin pressant les secours médicaux pouvaient absolument manquer. Il fallait s'en remettre aux soins d'un entourage, dévoué sans doute, mais nullement habitué aux pratiques obstétricales et antiseptiques, et, partant, laisser la malade courir les risques d'accidents graves ou d'une infection toujours menaçante.

Le résultat cherché a été atteint en tous points : très facilement et très rapidement l'évacuation de l'utérus a été opérée par la curette; insignifiante ou presque nulle a été

l'hémorrhagie ; à aucun moment notre malade n'a présenté des phénomènes d'infection.

II

L'évacuation de l'utérus gravide à l'aide de la curette est loin d'avoir sa place parmi les procédés classiques d'avortement artificiel. Le nombre encore peu considérable d'observations publiées, le silence gardé à son égard par la plupart des auteurs des traités modernes d'obstétrique nous en fournissent la preuve.

Le professeur H. Fritsch, de Breslau, préconise cependant l'emploi de la curette, lorsque l'avortement artificiel est indiqué dans les premiers mois de la grossesse. « Quand la dilatation suffisante du col a été atteinte, écrit-il à la page 319 de son traité (1), on enlève l'œuf en une seule séance. Des fœtus de trois mois et même des fœtus plus volumineux peuvent être extraits au moyen d'une pince à polypes ou de la curette. » A plusieurs reprises il insiste sur l'utilité de l'évacuation prompte et complète de l'utérus. « L'opération n'est pas facile, mais il vaut mieux en tout cas terminer sous anesthésie en *une seule séance,* que laisser l'œuf se putréfier en ajournant l'opération. » Et quelques lignes plus bas. «..... Dans les premiers mois de la grossesse, surtout au deuxième et au troisième mois, époque à laquelle on provoque le plus souvent l'avortement, l'œuf doit être enlevé par l'opération. »

Dans son récent traité : *Des maladies de la grossesse et des suites de couches* (2), Vinay accepte aussi cette manière de faire lorsque l'état de la patiente exige une intervention rapide. C'est bien souvent le cas pour les vomissements incoercibles : aussi est-ce à l'occasion de ces derniers qu'a près avoir constaté combien lente à se produire est parfoi

(1) FRITSCH. *Traité clinique des opérations obstétricales,* 4e édition, 189 tr. de J. Stas.

(2) VINAY. *Loc. cit.,* p. 221.

l'action de la bougie,il donne le conseil de pratiquer l'évidement de la matrice au moyen du curettage dans une seule séance et qu'il en décrit le manuel opératoire. « On commence par dilater le col au moyen d'une tige de laminaire qu'on laisse pendant vingt-quatre heures ; puis quand l'accès de la cavité utérine est ainsi facilité, on rompt les membranes et avec la curette tranchante on débarrasse l'utérus de l'œuf et de sa muqueuse. On fait une injection abondante avec une solution de permanganate de potasse, on passe ensuite un gros écouvillon dur sur tous les points de la cavité utérine, afin de la débarrasser des lambeaux de caduque qui pourraient rester adhérents, puis on termine par un tamponnement à la gaze iodoformée. »

Pour Vinay, cette opération, rapidement conduite, aurait l'avantage de limiter les hémorrhagies chez des malades affaiblies et de réduire ainsi au minimum les risques de l'avortement provoqué.

Au reste, il faut faire remarquer pour légitimer la réserve des classiques à l'égard du curettage comme procédé d'avortement provoqué, que cette application nouvelle de la curette est de date toute récente.

A la séance du 13 février 1892 de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, sous ce titre, « *avortement provoqué, rapide ou brusqué, par le curettage pour affection cardiaque* (1), M. Doléris communiquait l'observation d'une jeune femme enceinte de deux mois, chez laquelle, en raison d'accidents graves dus à une maladie de cœur, il pratiqua à l'aide de la curette l'évacuation de l'utérus. C'est là sans doute la première observation publiée en France, dans laquelle cette méthode d'avortement a été employée de propos délibéré, comme procédé de choix.

Mais doit-on, comme le laisse supposer la note insérée à la suite d'un fait analogue relaté par le Dr Roland (de Roanne) dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de*

(1) *Bulletin de la Société*, p. 67, et *N. Arch. d'obs. et de gynéc.*, 1892, p. 228.

gynécologie (1), admettre que M. Doléris n'ait point été précédé dans cette voie non seulement en France, mais encore à l'étranger ?

Le 9 septembre 1890, Rœther (d'Altona) faisait à la *Société obstétricale de Hambourg* une communication sur 3 cas d'avortement artificiel et 5 cas d'extraction d'embryons morts dans les premiers mois de la grossesse. Le détail des observations manque dans le résumé que nous en donne le *Centralblatt für Gynækologie* (2). Nous y trouvons cependant une description suffisante pour ne laisser guère de doutes sur la nature des actes opératoires exécutés ; dilatation extemporanée de l'utérus, après narcose et antisepsie du vagin et du col, à l'aide d'un dilatateur métallique ; évidement de l'utérus avec le doigt et ablation au besoin des débris placentaires avec la curette ; tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée. L'auteur insiste sur la simplicité de la méthode, son efficacité, l'absence, dans tous les cas où il l'a mise en œuvre, de complications. — Aussi ne peut-on sans injustice contester à Rœther le mérite d'avoir été un des premiers à recourir à ce mode d'avortement artificiel.

Mais même antérieurement à Doléris, antérieurement à Rœther, W. Duncan a pratiqué le curettage digital suivi de l'abrasion instrumentale de la muqueuse utérine pour interrompre une grossesse de deux mois, qui compromettait la vie de la malade atteinte de phtisie pulmonaire. Communiqué à l'*Obst. Society of London*, ce fait a été reproduit dans le numéro du 10 juin 1890 de *The Lancet*. On en trouvera plus loin les détails.

Quoi qu'il en soit de cette question de priorité, le curettage de l'utérus, comme méthode d'avortement artificiel, est donc, ainsi que nous venons de le dire, de date récente. Il y a lieu de s'en étonner.

---

(1) *N. Arch. d'obs. et de gynéc.*, 1893, p. 275.

(2) *Centralblatt f. Gynæk.*, 17 octobre 1891, p. 860.

Depuis que le curettage de l'utérus a pris une place si importante dans le traitement des affections de la matrice, il est certainement arrivé à plus d'un opérateur de déterminer involontairement l'interruption d'une grossesse : on croyait avoir affaire à une métrite, à un fibrome; et voilà qu'au lieu de fongosités, on ramène avec la curette un embryon, un placenta, des membranes. Ces interventions intempestives sont restées exemptes de toute complication fâcheuse, pourvu qu'elles aient été aseptiquement pratiquées ; les suites évoluaient de la même façon, aussi simplement qu'après un curettage ordinaire. — J'ai été pour ma part, il y a quelque six ans, témoin d'un fait de ce genre, survenu dans la pratique d'un chirurgien fort distingué. Frappé par le peu de gravité de l'opération, je m'étais demandé dès cette époque s'il n'y aurait pas là un procédé dont pourrait s'enrichir la technique de l'avortement provoqué. Et certainement le souvenir de ce fait n'a pas peu contribué à tracer ma ligne de conduite, lorsque l'occasion de provoquer un avortement s'est offerte à moi pour la première fois.

D'autre part, les résultats obtenus avec le curettage dans les cas de rétention *post-abortum* du placenta et des membranes légitimaient encore son emploi dans la pratique de l'avortement artificiel. On peut, en effet, facilement prévoir qu'un curettage effectué, l'œuf étant intact, n'offrira pas plus de dangers que lorsqu'il est exécuté pour enlever des annexes fœtales retenues dans l'utérus ; la présence d'un embryon de deux ou trois mois ne change guère les conditions. Or il n'est pas, à l'heure actuelle, d'accoucheur qui n'ait eu à se louer de cette méthode et qui ne lui doive un ou plusieurs succès.

Voilà donc deux ordres d'arguments qui plaident fortement en faveur de ce mode d'intervention artificielle de l'utérus et qui auraient dû depuis longtemps conduire à son adoption.

Mais les faits sont là, qui, mieux que les raisonnements,

mieux que les déductions les plus logiques, doivent entraîner la conviction. Nous leur laissons la parole (1).

OBS. II. — W. DUNCAN. Obst. Soc. of London. *The Lancet*, janvier 1890, p. 134.

Femme de 26 ans, enceinte pour la troisième fois, est atteinte de phtisie pulmonaire. La dernière menstruation datait du mois d'août 1889.

Deux médecins distingués qui avaient vu la malade déclarèrent que la continuation de la grossesse compromettait la vie de la malade. En conséquence Duncan fut conduit à pratiquer l'avortement artificiel.

L'opération eut lieu le 14 septembre. La malade fut placée dans la position de la taille; le canal cervical rapidement et largement dilaté avec les bougies d'Hégar; puis le doigt introduit amena fœtus et membranes. On curetta la muqueuse utérine. Irrigation au sublimé; crayon d'iodoforme dans la cavité; tampon de glycérine sur le col. L'opération dura 25 minutes.

Rétablissement complet.

OBS. III. — DOLÉRIS. Société obst. et gyn. de Paris, février 1892.

Mme A. R..., de Moscou, 25 ans.

Famille nerveuse et arthritique. Menstruée à l'âge de 13 ans; règles assez abondantes. La malade a toujours été d'une santé faible.

Insuffisance aortique caractéristique et dilatation de l'aorte.

Les dernières règles datent des 4-9 novembre 1891. Depuis le commencement de décembre, nausées de plus en plus pénibles avec efforts violents pour vomir, accompagnées de vertiges et de défaillances. Inappétence complète. Amaigrissement rapide. Palpitations pénibles avec douleurs précordiales. Insomnie.

A la fin décembre, l'état syncopal et les vomissements sont, pour ainsi dire, continuels, ainsi que les vertiges.

L'insomnie est absolue. L'alimentation est devenue impossible. La malade est d'une faiblesse extrême. On décide, en raison de cet état, la provocation de l'avortement.

(1) Ces observations sont rangées d'après l'ordre chronologique de leur publication. Elles sont résumées en partie.

Le 4 et le 5 janvier 1892, après désinfection préalable du vagin, dilatation du col avec des tiges de laminaire.

Le 6, curettage, sans chloroformisation. La poche amniotique est ouverte par la curette. L'embryon est extrait en deux tronçons. Raclage soigneux de la paroi utérine pour le détachement de la caduque vraie. Injection intra-utérine et tamponnement du vagin. Pas de perte de sang.

État de la malade très satisfaisant. Pas de fièvre. L'appétit s'est déclaré tout de suite. Très peu de coliques utérines.

Les injections et les tampons sont renouvelés tous les deux jours. Le 28 janvier, trois semaines après l'opération, le tampon retiré est imprégné d'une sérosité sanguine. A partir de ce jour, apparition des règles.

Quelques jours après, l'état local était trouvé parfait. L'état général est satisfaisant.

Obs. IV. — Mouchet (de Sens). *Bull. de l'Académie de Méd.*, 20 décembre 1892.

Femme arrivée au troisième mois d'une huitième grossesse.

Les sept premières grossesses ont été accompagnées pendant les premiers mois de vomissements abondants et répétés ; mais ces vomissements n'ont jamais déterminé de troubles assez sérieux pour compromettre la santé ; toutes les grossesses se sont terminées par la naissance d'enfants vivants, sauf la dernière où l'enfant était mort depuis deux jours (circulaire autour du cou ?).

Dernières règles, fin juin 1892. Dès le 23 juillet, les vomissements commencent, et, en trois semaines, prennent franchement le caractère de vomissements incoercibles résistant à tout traitement.

Étant donné l'état de faiblesse utérine de la malade, pour gagner du temps et pour éviter toute hémorrhagie vicieuse, avortement extemporané à l'aide du curettage utérin.

Le col ayant été dilaté par une tige de laminaire, on introduit un hystéromètre pour rompre les membranes ; le liquide amniotique une fois écoulé, à l'aide d'une forte curette mousse on débarrassa l'utérus de l'œuf et de sa muqueuse. Injection utérine. Écouvillonnage au moyen d'un tampon d'ouate imbibé de naphtol camphré. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Au cours de l'opération, pratiquée sous chloroforme, très léger

écoulement sanguin, mais plusieurs syncopes, combattues à l'aide d'injections d'éther et de caféine.

Pendant sept jours, amélioration de l'état général.

Les vomissements s'espacent notablement et la malade peut être alimentée.

Le septième jour, fièvre qui cède à une injection intra-utérine, à la suite de laquelle sortent des débris placentaires. La guérison, un moment compromise par la réapparition des vomissements, semblait établie, quand à nouveau l'état général devint mauvais ; à ce moment apparaît au côté gauche de la tête, autour d'une plaque d'ecthyma écorchée par la malade, une plaque érysipélateuse, qui s'étend depuis l'oreille jusqu'à la région frontale droite et qui se complique de suppuration à ce niveau. Des incisions multiples et un pansement antiseptique avec drainage vinrent à bout de cette complication ; et quelques jours après, la malade était hors de danger.

OBS. V. — ROLAND (de Roanne). *N. Arch. d'Obst. et de Gynéc.*, 1892, p. 273.

Mme B..., 38 ans.

Deux fausses couches antérieures de deux mois et demi. Pas d'antécédents pathologiques.

En mai 1893, au troisième mois d'une nouvelle grossesse, vomissements incessants ne permettant de garder ni médicaments, ni même une cuillerée d'eau bouillie. Amaigrissement considérable ; haleine fétide, peau terreuse.

L'avortement provoqué, d'abord refusé, est accepté par la malade et l'entourage, et pratiqué le 15 mai, vingt jours environ après le début des accidents.

Après désinfection du vagin et anesthésie légère au chloroforme, on applique le dilatateur de Sims, qui, en moins de dix minutes, donne une dilatation suffisante pour permettre l'introduction de l'index. L'utérus étant fixé et abaissé, on attaque l'œuf avec une large pince à pansement. Un peu de liquide s'écoule, en même temps que la pince ramène des débris fœtaux. Avec la curette fenêtrée de Sims, on pratique alors un curage soigneux et complet, comme pour une endométrite. Lavage et écouvillonnage à la glycérine créosotée ; tamponnement à la gaze iodoformée. — L'opération a duré en tout vingt-trois minutes.

Le quatrième jour, le tampon utérin est enlevé, et l'on fait trois fois par jour des lavages vaginaux légèrement sublimés.

Dès le lendemain de l'intervention, les vomissements avaient totalement disparu ; la malade s'alimentait petit à petit et, au bout d'un mois, elle était sur pieds.

Obs. VI. — Blanc. *Archives de Tocologie*, juin 1893.

Mme D..., 28 ans, IIIpare.

La première grossesse n'a rien présenté de particulier. Au cours de la deuxième, vomissements incoercibles de gravité moyenne, terminés par un avortement spontané au quatrième mois.

Au troisième mois de la grossesse actuelle, les vomissements simples au début prennent brusquement le caractère des vomissements incoercibles. Lorsque la malade est vue pour la première fois le 14 décembre 1891, elle est arrivée à la période fébrile: fièvre continue, peau chaude et sèche vomissements incessants ; langue sèche, haleine fétide ; amaigrissement extrême ; défaillances.

Devant l'insuccès du traitement médical, et l'aggravation du mal, l'avortement proposé tout d'abord et repoussé par la famille est enfin accepté. La malade n'a même pas la force de vomir ; il y a du délire.

Le 16, introduction dans l'utérus d'une première tige de laminaire,remplacée le soir par une tige plus volumineuse. Le lendemain, on tasse dans l'utérus une lanière de gaze iodoformée qu'on laisse en place pendant vingt-quatre heures. Les contractions ne se produisent pas. Même insuccès avec la perforation de l'œuf.

C'est alors, après trois jours d'inutiles tentatives, que le curettage est pratiqué: l'embryon, le placenta et la caduque sont ramenés au bout de la curette. Irrigation au sublimé, et tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée. La malade a été légèrement endormie par quelques inhalations d'éther.

Le lendemain, amélioration considérable : plus de vomissements ; alimentation possible.

Quinze jours après l'intervention, la malade se lève complètement rétablie.

Obs. VII. — Guinsbourgue. *Archives de Tocologie*, mars 1894.

En 1890, je fus appelé en consultation auprès d'une personne

de 30 ans, multipare, tuberculeuse depuis 10 ans environ, chez laquelle le premier accouchement avait été terminé par le forceps, à cause d'éclampsie. Après l'accouchement, la fièvre et l'éclampsie cessèrent. La tuberculose se renouvela à la deuxième grossesse et cessa de nouveau après l'accouchement spontané.

Dans le courant du troisième mois de la troisième grossesse, la tuberculose reparut à l'état latent avec fièvre de 38°-38°2, ; la malade allait chaque jour en s'affaiblissant. Les docteurs Rindousky et Rheinhardt furent d'accord avec moi pour faire cesser la grossesse, afin d'amener une amélioration de la tuberculose.

Le curettage fut fait de suite après la consultation. La malade se rétablit.

Rœther, de Hambourg, a, comme nous l'avons vu plus haut, effectué trois fois l'avortement artificiel à l'aide du curettage, et ce, sans qu'il soit survenu la moindre complication.

M. Charpentier, dans son rapport à l'Académie de médecine (1) sur l'observation du Dr Mouchet, écrit : « J'ai pratiqué cinq ou six fois le curettage utérin pour amener l'avortement chez des malades dont la vie était compromise par des vomissements incoercibles, des hémorrhagies... Toujours j'ai obtenu la guérison d'emblée, pour ainsi dire, et sans accidents ultérieurs. »

M. le professeur Gaulard (de Lille) a, lors de ma communication à la *Société obstétricale de France*, déclaré avoir déjà usé de la curette pour amener l'évacuation de l'utérus dans les trois premiers mois de la grossesse, et n'avoir pas eu d'insuccès.

De tous les faits qui précèdent, on retire donc cette impression : que le curettage de l'utérus constitue un procédé d'avortement artificiel, susceptible de fournir d'excellents résultats, et pouvant être employé avec succès, quand il est pratiqué sous le couvert de l'antisepsie. Exception faite pour

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 novembre 1892.

le cas du Dr Mouchet (obs. IV), nous voyons que dans toutes les observations, les suites de l'intervention sont notées comme ayant été des plus simples.

Et encore, à l'égard de ce cas, doit-on faire remarquer que les accidents post-opératoires ne peuvent être directement rattachés au curettage. Le septième jour après l'intervention, alors que tout semblait annoncer une guérison prochaine, se déclare un grand frisson et la température s'élève ; de l'utérus s'écoule un liquide séro-purulent odorant ; l'injection intra-utérine ramène quelques débris placentaires. Puis, après une courte amélioration, les phénomènes généraux apparaissent, en même temps que se développe autour d'une pustule d'ecthyma écorchée par la malade, une plaque érysipélateuse qui en quelques jours s'étend depuis l'oreille jusqu'à la région frontale droite et se complique de suppuration à ce niveau. — Ce sont là tous phénomènes d'infection dont on ne peut rendre responsable le curettage. A une évacuation incomplète, laissant séjourner dans l'utérus des débris placentaires susceptibles de s'altérer, à une négligence dans les précautions antiseptiques, soit au moment de l'opération, soit dans les jours qui ont suivi, ils doivent être plus justement rapportés. Dans ces conditions, il n'est pas de méthode d'avortement qui mette à l'abri de semblables accidents. Ne les voit-on pas se produire même dans les cas d'avortement spontané, lorsque la pénétration des germes septiques dans la cavité utérine est imparfaitement empêchée ?

Comme toute intervention, petite ou grande, le curettage de l'utérus gravide demande donc à être pratiqué avec toutes les précautions de l'antisepsie la plus rigoureuse. Mais de ce qu'une inexacte observation de cette règle peut donner lieu à des mécomptes, il ne s'ensuit pas qu'il faille repousser cette méthode d'avortement artificiel, lorsque se rencontreront les indications auxquelles elle répond.

A l'innocuité que nous venons de lui reconnaître, le curettage de l'utérus joint une qualité importante, qui manque justement aux autres méthodes d'avortement : la

rapidité d'action. C'est de cette dernière que découlent les principales indications des curettages.

Son action expéditive et sûre lui donne, en effet, une supériorité incontestable sur les méthodes classiques de provocation de l'avortement, presque toujours lentes, et parfois même infidèles. Ainsi que le fait fort bien remarquer le Dr Blanc (1) dans les commentaires qui acoompagnent son observation, on ne provoque pas comme on veut et aussi rapidement qu'on le désire un avortement. La mise en jeu de la contractilité utérine n'est pas toujours facile à obtenir ; dans certaines circonstances, l'utérus se montre particuliè-lièrement rebelle à toute excitation : tel est le cas pour les vomissements incoercibles, sans qu'il soit possible de donner de ce fait une explication convenable.

En pareille occurrence, toutes les fois que, en raison d'un danger menaçant, il y aura urgence à interrompre le cours de la grossesse, le curettage de l'utérus doit devenir la méthode de choix.

Dans les observations de Mouchet (obs. IV) et de Roland (obs. V) les malades en proie à des vomissements incoercibles étaient dans un état si grave, qu'il fallait redouter la moindre temporisation. — C'est en désespoir de cause et après l'emploi infructueux de la laminaire, de la ponction de l'œuf et du tamponnement à la gaze iodoformée que Blanc (obs. VI), en présence d'une situation presque désespérée, puisque la malade était arrivée à la troisième période, se sert de la curette pour débarrasser l'utérus de son contenu.

Le curettage de la matrice gravide peut remplir d'autres indications. M. Doléris, en y recourant d'emblée chez sa malade qu'une affection cardiaque avait rendue véritablement cachectique, non seulement recherchait la terminaison à bref délai d'un état menaçant de compromettre immédiatement la vie; mais encore il voulait réduire au minimum l'hémorrhagie, ici plus particulièrement redoutable. — Cette

(1) *Archives de tocologie,* juin 1893, p. 424.

épargne du sang, mieux qu'aucune des autres méthodes d'avortement artificiel, le curettage est susceptible de la réaliser. Avec le curettage, en effet, quelques minutes suffisent pour évacuer l'utérus, et l'évacuer complètement. On n'a donc plus à craindre ces pertes sanguines souvent abondantes, parfois dangereuses, qui accompagnent le décollement plus ou moins lent de l'œuf, quelle que soit la cause de la mise en jeu de la contractilité utérine : qu'il s'agisse d'un avortement spontané ou d'un avortement provoqué à l'aide d'une des méthodes communément employées ; plus à craindre aussi ces rétentions complètes ou partielles du délivre, sources nouvelles d'hémorrhagie. Le curettage n'en constitue-t-il pas le meilleur mode de traitement?

Il est, enfin, un dernier avantage à l'actif de ce procédé d'évacuation de l'utérus gravide, qui, en certaines circonstances, fournira indication à son emploi. Avec les méthodes classiques l'avortement demande pour s'effectuer un temps plus ou moins long, ce qui rend toujours la surveillance délicate, et partant, augmente les chances d'infection. Celles-ci ne sont-elles pas en rapport avec la durée de l'intervention? A cet égard la rapide évacuation de l'utérus par la curette donne beaucoup plus de sûreté. Tout est terminé avec l'acte opératoire : lorsque l'utérus a été antiseptiquement vidé et pansé, le chirurgien peut abandonner sa malade sans crainte de voir survenir des accidents qui nécessitent un appel pressant à son aide, sans crainte de voir se produire en dehors de lui l'infection toujours menaçante. Aussi le curettage devient-il, comme le déclare le docteur Roland (1), « une précieuse ressource pour les praticiens qui exerçant à la campagne ont intérêt à ne pas confier à des mains généralement ignorantes de l'antisepsie, la surveillance d'un avortement provoqué ». J'ai exposé en relatant le cas qui m'est personnel, les raisons qui m'avaient fait opter pour le curettage : sans doute la nécessité d'une solution rapide me four-

(1) *Nouvelles Arch. d'obst. et de gynéc.*, 1893, p. 274.

nissait la principale indication; les conditions mêmes dans lesquelles nous opérions, l'éloignement de tout secours médical en rendaient l'emploi tout aussi légitime.

Opération bénigne, à s'en rapporter aux observations publiées jusqu'ici, le curettage de l'utérus gravide a donc des indications bien précises. Il mérite de prendre part à côté des autres méthodes d'avortement artificiel, sans chercher à se substituer à elles.

Au reste, il est des cas où son emploi n'est plus de mise: l'âge de grossesse fournit, en effet, une contre-indication importante, que nous devons examiner ici.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Doléris à la *Société obstétricale et gynécologique de Paris*, Loviot (1) déclare que le curettage n'est applicable qu'à deux mois de grossesse. — Fritsch (2) écrit dans son livre, au chapitre consacré à l'avortement artificiel : « Des fœtus de 3 mois et même des fœtus encore plus volumineux peuvent être extraits au moyen d'une pince à polypes ou de la curette. » — Pour ma part, je crois qu'en dehors des trois premiers mois, par suite du développement de l'œuf, le procédé ne doit plus convenir. Nous voyons d'ailleurs par l'analyse des observations que tous les opérateurs se sont tenus dans les limites qui viennent d'être assignées à l'application du curettage : c'est ainsi qu'il s'agissait de grossesses arrivées au deuxième mois dans les cas de M. Duncan ou Doléris et de Puech, au troisième mois dans ceux de Mouchet, de Roland, de Blanc, de Guinsbourgue.

Ces données concernant les indications du curettage comme méthode d'avortement artificiel nous rendent très bien compte de la fréquence relative de son emploi dans les cas de vomissements incoercibles : sur sept observations consignées en ce mémoire, nous en trouvons quatre s'y rapportant. Les vomissements incoercibles, en effet, s'observent

(1) *Annales de gynécologie*, 1892, t. 37, p. 212.
(2) FRITSCH. *Loc. cit.*, p. 319.

surtout dans les trois premiers mois de la grossesse; ils mettent la femme dans un tel état d'anémie et de faiblesse que toute perte sanguine se surajoutant constitue une aggravation redoutable; enfin lorsqu'avec eux l'avortement artificiel est indiqué, celui-ci s'impose souvent avec un véritable caractère d'urgence. Avant d'intervenir l'accoucheur s'est attardé à user des ressources de la thérapeutique; quand sa décision est prise, il faut encore vaincre les hésitations et les résistances des malades et de leur entourage; et pendant ces temporisations nécessaires pour entraîner les convictions le mal a fait des progrès si rapides, que toute méthode ne permettant pas une économie de temps devient dangereuse. Économie de temps et épargne du sang; ce sont là justement les qualités fondamentales que nous avons reconnues à l'avortement brusqué par le curettage.

Le manuel opératoire est des plus simples : il ne peut y avoir de difficultés pour qui est familier avec les manœuvres courantes de la gynécologie. Aussi me contenterai-je simplement d'examiner ici quelques points de technique.

Bien que, par suite des modifications subies par le col du fait de la grossesse, la pénétration dans l'utérus soit plus facile en dehors de l'état de gravidité, il me semble préférable toutefois de recourir à la dilatation : le jeu des instruments évacuateurs est plus aisé; l'évidement de l'utérus pourra s'effectuer d'une façon plus complète. En laissant de côté l'observation de Guinsbourgue (obs. VII) qui manque de détails concernant la technique suivie, nous voyons que tous les opérateurs se sont conformés à cette pratique. Le désaccord n'existe que sur le mode de dilatation; les uns, comme Doléris, Mouchet, Blanc, ayant eu recours à la dilatation lente à l'aide de tiges de laminaire, les autres ayant donné la préférence à la dilatation extemporanée.

D'une manière générale, cette dernière devra être préférée.

Le curettage de l'utérus gravide, avons-nous dit, a pour qualité essentielle la rapidité d'action; aussi trouve-t-il sa principale indication dans les cas où l'évacuation de la matrice gravide s'impose avec urgence, dans les cas où toute

perte de temps peut être nuisible. En recourant à la dilatation lente, on se prive justement d'un des grands avantages de ce procédé artificiel. Pratiquée avec des bougies d'Hégar (W. Duncan) ou avec les instruments dilatateurs habituels, la dilatation rapide s'opère, d'ailleurs facilement et sans danger : au bout de dix minutes d'application du dilatateur de Sims, Roland (obs. V) pouvait faire pénétrer l'index dans la cavité utérine ; après l'introduction du levier-dilatateur de Reverdin, j'avais obtenu un agrandissement suffisant du canal cervical, pour laisser toute liberté à la manœuvre des instruments évacuateurs. — Seul l'espoir d'obtenir la disparition des accidents par la simple dilatation du col pourrait faire adopter la dilatation lente dans certains cas de vomissements incoercibles, lorsqu'encore l'intervention ne s'impose pas avec une urgence absolue. A vrai dire, dans ces cas, la dilatation constitue par elle-même un mode de traitement, auquel, en cas d'échec, se substitue alors le curettage.

Comme toute intervention, le curettage de l'utérus gravide est rendu plus facile par l'anesthésie. Aussi Rœther en recommande-t-il l'emploi. Néanmoins, en raison des conditions dans lesquelles on opère, force sera, dans le plus grand nombre de cas, de se priver du secours du chloroforme ou de l'éther : les états graves qui nécessitent l'interruption de la grossesse, constituant, pour la plupart, des contre-indications à leur emploi. L'anesthésie, d'ailleurs, n'est pas indispensable, et, sans elle, l'opération peut être menée à bien.

Doléris et Mouchet s'en sont résolument abstenus. Roland n'a fait donner « qu'un peu » de chloroforme. Le léger sommeil obtenu par quelques inhalations dans le cas de Blanc et dans le nôtre a parfaitement suffi. — Aussi pensons-nous avec Vinay, que, pour si peu que l'état des malades le réclame, il vaut mieux ne point user de l'anesthésie. En tout cas, si l'on croit devoir y recourir, la narcose ne devra jamais être poussée bien loin : on devra se contenter de l'état d'engourdissement semi-anesthésique déterminé par l'inhalation de quelques bouffées de chloroforme ou d'éther.

L'extraction de l'œuf a été pratiquée par presque tous les opérateurs à l'aide de la curette. Seuls, W. Duncan et Rœther se servent du doigt pour évacuer l'utérus et ne recourent à l'instrument que s'il reste quelques débris placentaires à enlever ou pour abraser la muqueuse.

Le choix de la curette n'est point indifférent. Faut-il se servir d'une curette mousse ? Vaut-il mieux employer la curette tranchante ? Vinay (1), qui a donné le manuel opératoire de curettage pratiqué comme méthode d'avortement, recommande l'instrument tranchant. De son côté, M. Charpentier (2) se prononce d'une façon très catégorique en sa faveur ; pour lui, les résultats excellents qu'il a obtenus dans les cinq ou six cas où il a eu recours au curettage pour amener l'avortement, sont dus à l'emploi de la curette tranchante.

Quatre de nos observations sont muettes sur ce point. Dans les trois autres cas, deux fois les opérateurs (Roland, Puech) se sont servis de la curette tranchante. Seul, Mouchet a pratiqué l'extraction de l'œuf avec la curette mousse.

Et vraiment ce fait unique ne plaide guère en faveur de l'instrument employé : des accidents infectieux survinrent, qui doivent être rattachés à un curettage incomplet, laissant séjourner dans la cavité utérine des débris placentaires, envahis quelques jours plus tard par la putréfaction. Dans le rapport qu'il a présenté à *l'Académie de médecine* sur cette observation. M. Charpentier n'hésite pas à faire remonter à l'emploi de la curette mousse l'origine de ces complications : « Le curage fait avec une curette mousse, suivi d'un écouvillonnage à écouvillon mou est, je l'ai dit vingt fois pour une et je le répète encore ici, un curettage illusoire ; et la preuve en est dans l'observation même de M. Mouchet. S'il s'était servi comme on doit le faire, de la curette tranchante d'abord, de la curette Volkmann ensuite,

(1) *Traité des maladies de la grossesse*, p. 221.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 décembre 1892.

puis, son injection faite, s'il avait employé un gros écouvillon dur passé dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'il n'ait plus ramené de débris, s'il avait fait suivre ce dernier écouvillonnage d'une dernière injection intra-utérine, il eût ramené tout ce que contenait l'utérus et n'aurait pas eu d'accidents secondaires comme sa malade en a présenté. Sa malade était enceinte de deux mois et demi environ. A cet âge de la grossesse, l'œuf est déjà solidement greffé sur la muqueuse utérine, l'union entre celle-ci et les villosités choriales est déjà très intime, et si l'on n'emploie que la curette mousse, on a de grandes chances de ne pas obtenir un résultat complet. »

C'est qu'en effet, le curettage de l'utérus doit être pratiqué à fond, non seulement si l'on veut réaliser une évacuation complète de l'utérus, mais même si l'on veut atteindre le but cherché, c'est-à-dire l'interruption de la grossesse. L'observation de M. Dagot (de Rennes) dont M. Picqué s'est fait le rapporteur à la *Société de chirurgie* (1), est des plus instructives à cet égard : au troisième mois d'une grossesse, devant la persistance des vomissements, M. Dagot se décide à pratiquer l'avortement artificiel. Une tentative de perforation de l'œuf avec un hystéromètre est suivie d'insuccès, l'instrument ayant, sans doute, cheminé entre l'œuf et la paroi de l'utérus. Les vomissements ne cessant pas, on fait un curettage après dilatatation, curettage qui fut très probablement incomplet, puisque la grossesse, qui datait de trois mois, s'est terminée par un accouchement normal dans les délais voulus.

Les connexions qui existent entre l'œuf et l'utérus opposent donc une certaine résistance à l'action des instruments évacuateurs. Pour les rompre, pour arriver à un résultat complet, la curette tranchante donne plus de garanties que la curette mousse. Ici encore, comme dans les cas de curettage pratiqués sur un utérus non gravide, je crois que la curette tranchante doit être l'instrument de choix. Maniée

(1) *Société de chirurgie de Paris*, 10 mai 1893.

avec toutes les précautions que demande l'état de moindre résistance et de moindre consistance de l'utérus puerpéral, elle n'expose pas plus que la curette mousse au danger de la perforation.

III

Conclusions. — 1° A côté des méthodes classiques d'avortement artificiel doit prendre place le curettage de l'utérus gravide.

2° Pratiqué dans les trois premiers mois de la grossesse, il constitue un procédé d'évacuation de l'utérus, efficace et sans dangers, ainsi qu'en témoignent les observations rapportées dans ce travail.

3° Sa qualité principale est la rapidité d'action : de là son indication dans les cas où il faut agir vite, en raison d'un danger menaçant.

4° Mieux qu'aucun des procédés d'avortement mis habituelement en usage, il permet de réaliser l'épargne du sang, d'où encore l'indication de son emploi chez les malades affaiblies par un état grave, et chez lesquelles, par conséquent, toute hémorrhagie est à redouter.

5° Dans les cas de vomissements incoercibles, en particulier, où souvent se rencontre cette double indication, le curettage est appelé à rendre de réels services (1).

DE L'ECTOPIE PELVIENNE CONGÉNITALE DU REIN EN GYNÉCOLOGIE ET EN OBSTÉTRIQUE

Par le Dr **Goullioud** (de Lyon).

L'ectopie congénitale du rein est, dans les classiques, considérée comme une malformation qui ne présente qu'un

---

(1) Peu après la rédaction de cet article, la connaissance de plusieurs observations intéressantes m'avait inspiré l'idée de développer ce travail. M. Chapuis, interne des hôpitaux de Lyon, devant faire de ce sujet sa thèse inaugurale, je renvoie le lecteur à cette thèse. (Th. de Lyon, 1895.)

intérêt de curiosité ; c'est presque toujours, dit-on, sur le cadavre qu'on l'a reconnue. Le rein mobile, autrement important à diagnostiquer, absorbe à bon droit toute l'attention. Dans quelques cas rares cependant, l'ectopie pelvienne congénitale occasionne des accidents qui méritent d'être connus, et intéressent particulièrement les gynécologues et les accoucheurs.

J'ai eu l'occasion peut-être unique de rencontrer, au cours d'une laparotomie, un rein en ectopie pelvienne congénitale, de réformer à temps mon diagnostic, pour laisser son rein à ma malade et éviter ainsi de la priver d'un organe aussi important. Ce rein avait à tort été pris pour une salpingite parenchymateuse, et l'identité des signes objectifs fournis par le palper bimanuel était telle que je ne vois pas comment une semblable erreur pourrait être évitée. L'occasion d'ailleurs ne saurait en être assez fréquente pour qu'il n'y ait guère plus qu'un intérêt de curiosité à joindre un nouvel article au chapitre déjà si long des affections pouvant simuler une salpingo-ovarite.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans, domestique, habitant le Jura, et que je voyais pour la seconde fois. Elle se plaignait de douleurs abdominales qui la gênaient dans son travail, et qui n'avaient pas été sensiblement modifiées par le traitement médical que j'avais prescrit un an auparavant. A ces douleurs se joignait une exagération des règles. Une fois la malade avait eu une hématurie. Les conditions indiquées ci-dessus, l'impossibilité de travailler, l'éloignement de la malade, l'insuffisance des traitements médicaux suivis, me firent proposer une intervention qui fut acceptée sans hésitation.

J'avais d'ailleurs constaté par le toucher vaginal, et le palper bimanuel, dans la région des annexes utérines gauches, une tuméfaction d'une dureté et d'un volume tels que je n'avais pas à espérer une résolution spontanée. Comme je l'ai dit, c'était absolument le toucher d'une salpingite interstitielle, volumineuse. A gauche et en arrière

du col utérin, séparée de lui par un sillon bien net, on constatait une tumeur dure, piriforme, immobile, qui pointait dans le cul-de-sac gauche et dont les limites postérieures se perdaient dans la direction de l'excavation sacrée. La femme était grasse, et le palper bimanuel était un peu douloureux.

Ce n'était d'ailleurs ni la sensibilité exquise d'un abcès pelvien, ni la sensation d'une collection enkystée. Je n'eus donc aucune hésitation sur la voie à suivre : ce cas n'était pas justiciable de la méthode de débridement vaginal de M. Laroyenne; c'était à la laparotomie qu'il était indiqué de s'adresser.

Après incision de l'abdomen, je cherchai d'abord les annexes du côté droit, réservant pour la fin de mon intervention la lésion supposée principale. A droite, quelques adhérences du pavillon m'indiquant une lésion inflammatoire certaine de ce côté, me décidèrent à enlever la trompe de l'ovaire. Allant ensuite à la recherche des annexes gauches, je fus fort surpris de ne pas les rencontrer. Quelle était donc la tumeur constatée avant l'opération? L'intestin retiré hors du bassin, il fut facile de constater qu'elle était développée dans le tissu cellulaire pelvien, et parmi les hypothèses permises celle d'un kyste dermoïde ou d'une adénite pelvienne de Terrier me parurent les plus vraisemblables.

Le péritoine pelvien incisé, je commençais à décoller la tumeur incluse quand je m'arrêtai, ayant éprouvé très nettement la *sensation que donne le décollement du rein* au cours d'une autopsie. C'était la même résistance des tissus, le même bord accentué, la même facilité du décollement. Un examen attentif me confirmait dans ma première impression et le décollement partiel du rein n'ayant pu en rien compromettre sa vitalité, je le laissai et suturai le péritoine pelvien incisé.

Quant aux annexes gauches, je désespérai un moment de les trouver : car l'ectopie du rein s'accompagnait d'une malformation considérable de la trompe, ce qui prouvait son origine congénitale. La corne gauche de l'utérus était arron-

die, comme si la trompe avait été antérieurement supprimée, et ce fut seulement en découvrant l'ovaire gauche atrophié sur la marge du détroit supérieur que je pus reconnaître le trajet de la trompe, qui rencontrant le rein dans le bassin, avait dû s'accoler à la branche horizontale du pubis pour venir se joindre au ligament rond. La trompe était atrophiée et était sous-péritonéale, ne faisant qu'une saillie insignifiante, d'où la difficulté de la retrouver. Le pavillon et l'ovaire gauches ne présentant pas de lésions inflammatoires furent respectés et laissés en place.

La malade eut un bénéfice relatif de cette opération : ses pertes furent très diminuées du fait de la ligature de l'artère utéro-ovarienne droite et de la suppression de son principal ovaire, l'autre étant atrophié. Les règles redevinrent normales. Quant à ses douleurs, elles furent atténuées, peut-être en partie par un repos complet de quelques semaines, mais non complètement supprimées.

L'exposé de ce fait appelle quelques courtes considérations concernant la coïncidence, avec l'ectopie pelvienne, d'une affection probable des reins et d'une malformation génitale ; la difficulté du diagnostic et enfin la possibilité d'accidents dystociques.

On sait que l'ectopie congénitale du rein se distingue de l'ectopie accidentelle par la fixité du rein déplacé et par la disposition différente de l'uretère et des vaisseaux du rein, On devra y joindre la coïncidence d'autres malformations pelviennes. Tandis que le rein mobile est plus fréquent à droite, c'est presque toujours à gauche que se rencontre l'ectopie congénitale. Il est très rare qu'elle soit bilatérale, à moins que les reins fusionnés se présentent sous forme de rein en fer à cheval ou en *gâteau* avec issue des vaisseaux à la périphérie (Kundrat). Dans l'ectopie du rein gauche, le rein droit est généralement à sa place normale. Les capsules surrénales droite et gauche ont leur situation habituelle.

Dans l'ectopie congénitale l'uretère est court et part d'un bassinet souvent antérieurement placé par rapport au rein

On sait que le rein définitif qui n'a pas de rapport embryogénique immédiat avec le corps de Wolff, se développe à l'extrémité du conduit rénal primitif qui part du conduit du corps de Wolff, près de son abouchement dans la partie vésicale de l'ouraque. Suivant la longueur de ce conduit rénal primitif, le rein peut se développer à différents niveaux, dans le pelvis entre la vessie et le rectum, au-devant des symphyses sacro-iliaques, etc. (Kundrat). Plus l'arrêt de développement s'est produit tôt, plus le rein est loin de son siège normal; plus il est déformé et se rapproche du tissu embryonnaire, et plus son ectopie risque de se compliquer d'autres malformations. Au lieu d'être irrigué par une artère émanant de l'aorte à son niveau habituel, artère qui s'est lentement allongée dans l'ectopie accidentelle, le rein congénitalement déplacé reçoit en général une ou plusieurs artères des troncs artériels voisins, artères partant de l'aorte au niveau de sa bifurcation, ou bien de l'iliaque primitive ou encore de l'hypogastrique ou de la sacrée moyenne. L'étude de ces anomalies est déjà très complète dans Rayer (1) et on trouve spécialement dans les *Bulletins de la Société anatomique* plusieurs observations à ce point de vue plus complètes que la nôtre; on peut étudier à loisir ces détails sur le cadavre; j'ai eu garde de m'en occuper au cours de ma laparotomie.

Les veines suivent en général les artères ; cependant il n'est pas rare de voir une veine remonter le long de la veine cave et venir s'aboucher dans la veine rénale du côté opposé, ou encore dans la veine de la capsule surrénale correspondante (planche de l'atlas de Rayer, reproduite dans l'article *Rein* de Labadie-Lagrave, dans le dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques).

Ces anomalies artérielles et veineuses s'étendent souvent au rein non déplacé.

Peut-être ces anomalies diverses jouent-elles un rôle dans *l'affection rénale* dont semble atteint le sujet de notre

(1) Rayer. *Traité des maladies des reins*, p. 773.

observation. Elle souffre en effet, et plus à droite qu'à gauche, de douleurs qui paraissent avoir le rein comme point de départ.

Si l'ectopie congénitale peut ne s'accompagner d'aucun phénomène subjectif anormal, il n'y a pas à s'étonner qu'il en soit souvent autrement. Kundrat a bien montré, dans une importante étude sur les anomalies rénales, que toutes peuvent déterminer des accidents, tels que l'hydronéphrose fixe ou intermittente, qu'il s'agisse d'ectopie de l'organe, d'implantation oblique de l'uretère ou même simplement de situation anormale des artères rénales, pouvant gêner le cours de l'urine à l'origine de l'uretère.

Nové-Josserand (1) a publié un cas de rein congénitalement déplacé, observé longtemps par le professeur Poncet, qui était resté douloureux pendant sept ans, malgré l'absence de graviers et l'absence d'hydronéphrose intermittente. Ces reins en ectopie subissent peut-être aussi des glissements secondaires, d'où l'apparition tardive de douleur à leur niveau.

Rayer a étudié brièvement leur pathologie, et cite, entre autres cas, celui de Drouin, concernant une jeune fille de 17 ans, qui présenta à l'autopsie un rein pesant une livre et demie et renfermant huit pierres volumineuses dans son intérieur.

Potherat (2), dans un cas d'ectopie congénitale des deux reins, a trouvé le rein droit en grande partie détruit par une dégénérescence kystique, sans altération macroscopique de l'uretère.

Les *malformations des organes génitaux* en rapport avec l'ectopie congénitale, ont été à peine signalées. L'utérus était en latéro-position droite très accentuée; l'angle gauche du fond de l'utérus était arrondi et ne se continuait avec aucune trompe apparente. L'ovaire et la trompe étaient au

---

(1) Nové-Josserand. *Lyon méd.*, 28 février 1892.

(2) Potherat. Société anatomique, 11 janvier 1889.

contraire portés très en dehors à gauche, sur la marge du bassin, comme séparés de l'utérus par l'interposition du rein. Ils étaient très peu développés. Au pavillon tubaire faisait suite une trompe mince, effilée, très allongée, qui semblait suivre la branche innominée, puis la branche horizontale du pubis pour venir s'accoler au ligament rond. La dernière partie de son trajet, sous-péritonéale, ne put être suivie jusqu'à l'utérus.

Cette disposition rappelle beaucoup celle que Schrœder a donnée d'un utérus unicorne, disposition reproduite par Pozzi. Mais il m'est impossible de dire si la trompe se continuait par un trajet anormal jusqu'à l'utérus ou s'il lui était rattaché seulement par un faisceau de tissu fibreux comme dans le cas de Schrœder. Il est manifeste que la présence du rein dans le bassin a troublé l'évolution du canal de Müller du côté gauche.

Chez l'homme une malformation analogue est relatée dans l'observation de Pacoud : « Tous les soins et toutes les précautions que l'auteur a employés pour découvrir la vésicule séminale du côté gauche ont été inutiles ; elle manquait, aussi bien que le canal déférent du même côté. Seulement à la place de celui-ci se trouvait un ligament long environ d'un pouce, et qui partant de l'épididyme allait se perdre dans le tissu cellulaire qui environne le cordon des vaisseaux spermatiques.

En outre des malformations génitales, l'ectopie pelvienne du rein peut troubler le développement de tous les organes du bassin, vaisseaux, uretère, vessie, rectum.

Le *diagnostic* d'une semblable et aussi complexe anomalie me semble bien difficile, et quand j'examinai de nouveau ma malade guérie de sa laparotomie, je ne pus découvrir aucun signe permettant de différencier d'une salpingite interstitielle volumineuse, cette extrémité du rein, pointant dans le vagin, en arrière près du col. Le rein mobile, quand il était peu connu, a pu donner lieu à de nombreuses méprises, mais il ne saurait en être de même aujourd'hui; sa mobilité

surtout permet de le reconnaître. Mais un rein en ectopie est fixe, souvent déformé, et il est bien plus éloigné de son siège normal. Quelques symptômes rénaux dans les anamnestiques étaient insuffisants, en face de la netteté des signes objectifs trompeurs fournis par le palper bimanuel.

Si nous n'avons pas fait notre diagnostic avant d'opérer, nous eûmes du moins le bonheur de le faire au cours de notre laparotomie et avant d'avoir compromis en rien les fonctions du rein. D'autres chirurgiens ont été moins heureux.

Munde (1), par exemple, qui crut aussi à une affection des annexes de l'utérus et ne reconnut le rein qu'après l'avoir décortiqué et amené déchiré à la plaie, dut terminer son opération par une néphrectomie.

Au point de vue obstétrical, notre observation montre que l'accouchement peut ne pas être modifié par la présence du rein dans le bassin : notre malade eut un accouchement à terme, spontané, qui ne fut pas particulièrement long. Mais il n'en a pas été toujours ainsi : dans nos recherches bibliographiques limitées, nous avons trouvé deux observations très intéressantes à ce point de vue.

L'une ancienne, de Hohl (2), concerne une femme qui eut deux accouchements un peu anormaux qui cependant se terminèrent spontanément après un moment d'arrêt. Pendant celui-ci, chaque contraction provoquait des douleurs vives dans le côté gauche du bassin et faisait proéminer sous la tête fœtale une tumeur qui disparaissait ensuite

L'autre observation, récente, appartient à Albert Schönberg (3). Une femme qui, deux fois, avait accouché spontanément à terme, présenta à son troisième accouchement, après des douleurs expultrices violentes, un arrêt du travail et du collapsus, par suite d'une déchirure utérine qui amena la mort.

---

(1) *New-York Med. J.*, 21 juillet 1888.

(2) Hohl. *Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1828, p. 187.

(3) Albert Schönberg. *Centralblatt für Gyn.*, 1894, n° 48, p. 1223.

Dans les deux cas, ce fut à l'autopsie seulement que l'ectopie pelvienne du rein fut reconnue.

L'auteur explique par une différence de position le fait de l'évolution normale des deux premiers accouchements, et de la terminaison funeste du troisième. Le rein avait deux centimètres d'épaisseur, et son extrémité supérieure se trouvait au niveau du détroit supérieur. Il pouvait donc diminuer d'autant le diamètre, la tête fœtale pouvait être arrêtée, tandis qu'elle avait pu, dans un accouchement, évoluer facilement dans l'autre diamètre oblique.

Il est probable que quand le rein est situé plus bas, dans l'excavation, il peut aussi être suffisamment refoulé dans les parties molles, spécialement au niveau de l'échancrure sciatique.

En résumé, un rein en ectopie pelvienne congénitale peut simuler, à s'y méprendre, une salpingite interstitielle.

S'il laisse le plus souvent l'accouchement évoluer normalement, il peut être une cause de dystocie et occasionner des accidents graves.

OBS. — *Rein en ectopie pelvienne congénitate pris pour une salpingite interstitielle. Malformation de la trompe.*

La femme B..., de Poligny, âgée de 35 ans, se présente à mon examen le 29 octobre 1892. A cette époque, je note le diagnostic probable de salpingo-ovarite, et je prescris le traitement médical ordinaire.

Le 1er décembre 1893, donc un an après, Mme B... revient, se plaignant plus vivement de souffrir du ventre et des reins, de faire péniblement son service de domestique, d'être obligée presque chaque jour de s'aliter un moment et de perdre ses forces.

Elle a eu une enfant, il y a treize ans, puis une fausse couche, il y a cinq ans. Son mari est mort d'une affection pulmonaire et elle craint d'être atteinte de la même affection.

Elle raconte que si elle souffrait un peu depuis sa fausse couche, c'est surtout depuis le mois de février que ses douleurs ont augmenté. A cette époque, elle semble avoir eu une colique

néphrétique : douleurs très vives dans le flanc droit, l'obligeant à s'aliter trois jours; pissement de sang; application de ventouses scarifiées sur le flanc droit. Il n'y a guère que deux ou trois mois qu'elle souffrirait aussi à gauche, mais moins vivement.

A mon examen, le rein droit n'est pas perceptible. Le cathétérisme vésical ne révèle pas de calcul. Urine claire, renfermant un léger nuage d'albumine (qu'on n'a pas retrouvé à d'autres examens). Règles très prolongées, abondantes et douloureuses.

Au palper bimanuel, à gauche, on sent, de suite, un peu adhérente à la paroi pelvienne, une masse à surface lisse, arrondie : c'est l'extrémité d'une tuméfaction du volume d'un œuf. A droite, on sent mal les annexes parce que l'utérus est entraîné et fixé de ce côté. Par le toucher rectal on atteint les annexes droites, adhérentes, douloureuses, au-dessus du ligament utéro-sacré. Diagnostic : affection des reins et salpingite double.

Laparatomie le 4 décembre 1893 : à la maison de santé des sœurs Sainte-Marthe. Je trouve l'utérus très incliné à droite. Brides filamenteuses au pavillon, indiquant une affection inflammatoire de la trompe ; ablation des annexes droites.

Je cherche les annexes gauches ; mais je trouve l'angle de l'utérus lisse et arrondi ; pas de trompe, ni d'ovaire. Je sens la tumeur indurée, perçue à gauche, tout à fait en dehors, contre la paroi pelvienne, éloignée de l'utérus. Les anses intestinales sorties dans une compresse aseptique, je constate que la tumeur est recouverte par le péritoine pelvien. Petit coup de ciseau sur le péritoine, discission digitale. Je reconnais le rein : sa consistance, sa facilité de décortication dans son atmosphère celluleuse, son bord excentrique, son hile. Il ne paraît pas d'un volume exagéré. Je crois sage de le laisser, et fais trois points de suture au catgut sur le péritoine déchiré qui le recouvre.

Je cherche de nouveau les annexes gauches et je crois un moment qu'elles n'existent pas ; puis je les découvre plaquées contre la paroi pelvienne en haut et en dehors, mais surtout plus haut situées que le rein. La trompe doit avoir avec le détroit supérieur les mêmes rapports qu'a normalement l'appendice iléo-cæcal ; ovaire d'aspect ratatiné ; pavillon tubaire libre. La trompe doit être très longue ; elle paraît absolument séparée de l'utérus. Il est probable qu'elle va à cet organe par un très long circuit, en suivant la paroi antérieure de l'excavation. Il n'y a pas de liga-

ment large gauche. Je laisse trompe et ovaire, puisqu'ils ne présentent pas trace de lésions inflammatoires.

Il s'agit manifestement d'une ectopie congénitate du rein, et d'une malformation secondaire de la trompe.

Suites immédiates absolument simples.

Un examen d'urine, fait par M. Baron, n'a révélé ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire. 23 grammes d'urée en vingt-quatre heures. Dépôt floconneux montrant quelques leucocytes, des cellules épithéliales ; et à un essai sur trois, quelques cylindres granuleux.

D'après des nouvelles reçues le 18 mars et le 27 octobre 1894, il y aurait une amélioration de quelques symptômes douloureux que la malade attribue à ses organes pelviens, matrice ou ovaire. Les règles, jadis très exagérées comme durée et abondance, sont devenues normales et tendent à s'espacer. Quant aux crises lombaires du côté droit, elles reparaissent de temps en temps, à peu près tous les mois ; elles durent un jour ou deux. Quelquefois une anurie passagère a été suivie d'une abondante diurèse. Régime lacté mitigé.

Dernières nouvelles reçues le 3 avril 1895 et dues à l'obligeance du Dr Légerot : l'état de la malade s'est peu modifié, cependant les crises douloureuses du côté droit n'ont pas reparu depuis trois mois. Ni albumine, ni dépôt, ce qui permettrait de croire que l'état du rein s'est amélioré.

État général satisfaisant.

D'après les renseignements fournis par la malade, son accouchement a été normal : « les grandes douleurs ont duré quatre ou cinq heures ». Pas d'intervention.

GRIPPE ET PUERPÉRALITÉ

Par le Dr **Queirel** (de Marseille).

Il m'a été donné d'observer, dans le premier trimestre de l'année 1895, une épidémie d'influenza parmi mes accouchées.

C'était bien la gripppe avec son syndrome clinique que tout le monde connaît à présent ; mais qui, je dois le dire,

m'avait fortement préoccupé dans les conditions où elle se présentait. Dans les premiers cas, j'en étais à douter, si je n'avais pas affaire à quelque infection puerpérale, bien que du côté de l'utérus, du côté des annexes et du côté des seins, il n'y eût aucun symptôme qui pût faire croire que ces organes étaient atteints. Cependant ces températures élevées, survenant brusquement, le quatrième ou le cinquième jour après l'accouchement et durant plusieurs jours, avec des irrégularités inquiétantes, étaient bien faites pour nous donner quelque appréhension, jusqu'au moment où la localisation venait éclairer définitivement le diagnostic.

Le plus souvent nous avons eu la forme bronchique de l'influenza (30 fois sur 34 cas); une fois, nous avons observé la forme gastrique, une fois la forme herpétique, c'est-à-dire une poussée énorme d'herpes labialis après deux jours de température élevée, de malaise général et d'embarras gastrique. Une fois c'est une angine avec streptocoque que nous avons pu cultiver, qui s'est montrée; enfin une fois une phlébite double des membres inférieurs et une autre fois une sorte de grippe essentielle, si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire une grippe se manifestant par la seule élévation de température, 40° et 41°, pendant quatre jours.

Tous ces cas d'ailleurs se sont terminés heureusement et le seul décès que nous ayons eu à déplorer est celui d'un enfant qui, le quatrième jour, fut atteint d'érysipèle de la bouche et de la face. Sa mère n'avait rien au sein et n'a pas été malade, après avoir donné à téter à son enfant.

Les crachats des bronchitiques ont été examinés, dans 3 cas, au point de vue bactériologique. Nous n'y avons trouvé que des microcoques, mais ni streptocoque, ni pneumocoque, ni coli bacille, malgré les inoculations que nous avons faites.

Quant au bacille de Pfeifler, nous avouons que nous ne l'avons pas recherché dans des conditions suffisamment favorables pour affirmer qu'il n'existait pas.

Voici maintenant les particularités que nous avons rele-

vées, au point de vue obstétrical et les températures observées. Sur ces 34 cas, 11 femmes ont accouché avant terme : 2 à sept mois, 6 à huit mois, 3 à huit mois et demi. Sur ces 11 cas, 6 fois on a noté la rupture prématurée des membranes dans un effort de toux une fois deux jours, une fois cinq jours, avant le début du travail.

10 fois l'accouchement a été spontané.

1 fois, il a fallu faire la version par manœuvre interne.

La température est montée :

5 fois	au-dessous de	39°
1 —	au-dessus de	39°
2 —	à	39°
2 —	à	40°
1 —	à	41°

23 femmes ont accouché à terme, plusieurs sont entrées avec la dilatation complète, les membranes rompues ; mais 4 fois, on a pu observer la rupture de la poche des eaux dans un effort de toux, dont deux fois au début du travail, une fois deux jours et une autre fois cinq jours avant le commencement du travail.

20 fois l'accouchement a été spontané.
1 — — s'est fait par le forceps au détroit inférieur pour inertie.
1 — — — par la version (présentation du tronc).
1 — — — par la symphyséotomie (bassin rétréci).
23

La température s'est élevée :

1 fois	au-dessous de	38°
2 —	à	38°
5 —	au-dessus de	38°
6 —	— —	39°
3 —	à	40°
4 —	au-dessus de	40°
1 —	à	41°,5.

Malgré cela, aucun décès, quoique nous ayons eu deux broncho-pneumonies, plusieurs points de congestion, une pleuro-pneumonie et des phtisies réveillées par la bronchite de l'influenza.

Pour se rendre compte de la physionomie de cette épidémie, il faut jeter un coup d'œil sur les feuilles de température que vous avez entre les mains. Je dois dire que toutes ces observations ont été rédigées avec beaucoup de soin par Mlle Mouren, maîtresse sage-femme, et par Mlle Clapier, élève du service.

Je ferai remarquer la bénignité de cette infection grippale, à côté de la gravité si souvent mortelle de l'infection puerpérale vraie, et je me demande si ce n'est pas aux mesures sévères d'antisepsie que nous avons prises que nous devons cet heureux résultat. D'après le professeur Bouchard l'influenza met l'organisme dans un état d'infériorité au point de vue de sa défense contre les microbes, elle entrave la phagocytose ; il est donc plus urgent que jamais de détruire le streptocoque sur place et tous les organismes infectieux. Aussi n'avons-nous négligé ni les injections vaginales, ni les injections intra-utérines au début pour être bien sûr que l'utérus ne serait pas envahi par ces hôtes dangereux.

Au point de vue des accidents pulmonaires, je dois dire que la térébenthine, comme rubéfiant, à l'extérieur, et le carbonate d'ammoniaque à l'intérieur, nous ont donné de bons résultats. Dans le cas de toux persistante, la créosote nous paraît avoir réussi; enfin nous n'avons pas cru devoir non plus négliger l'antisepsie intestinale, après évacuation par des purgatifs salins.

Tel est le bilan de cette épidémie limitée dont je n'ai pu donner ici toutes les observations en détail ; on les trouvera au dos des feuilles de température que nous publions après ce rapport ; sur quelques-unes le poids des enfants est aussi marqué.

NOUVEAU PESSAIRE A RÉTROFLEXION

Par le Dr **M. Bourcart**
Privat-docent à l'Université de Genève.

Il semble au premier abord, qu'il soit superflu de venir ajouter un nouveau pessaire à la série innombrable déjà parue. Néanmoins cette quantité d'exemplaires différents tend à prouver que le summum des desiderata n'est pas encore obtenu, ou au moins que la forme de l'instrument doit être adaptée aux différences individuelles. Les diverses méthodes opératoires ne sont pas toujours exemptes de dangers et leurs indications diffèrent du reste généralement et sont subséquentes à l'emploi du massage, des pessaires, du curettage, etc.

Le *massage*, selon Thure-Brandt, malgré l'opinion de quelques-uns, rendra de véritables services au chirurgien qui aura la *patience* de l'appliquer lui-même (1); les résultats sont parfois brillants et rapides, d'autres fois plus pénibles et plus longs ; les *vibrations rapides* sont un auxiliaire utile (2); de même le *pessaire* que Brandt et plusieurs de ses élèves rejettent absolument, rend des services considérables pour le maintien dans sa bonne place de l'organe réduit par le massage, et facilitent la guérison.

Les pessaires à rétroversions ou flexions ont eu leurs beaux jours de gloire et sont même encore très employés, témoins les Schulze, Thomas, Hodge, Vulliet, etc. ; cependant il est des cas où ni les uns ni les autres ne peuvent être utilisés, et néanmoins la malade réclame du secours tout en refusant catégoriquement une opération.

Les pessaires même les mieux conditionnés avaient généralement besoin d'un appui périnéal solide; d'un vagin ni trop étroit ni trop large.

(1) JENTZER et BOURCART. *Traitement manuel des affections de l'utérus.*
(2) BOURCART. *Annales de gynécologie*, juin 1895.

Les uns étaient destinés à maintenir l'antéversion en refoulant le fond en avant; les autres en fixant le col en arrière.

Le fond utérin revenait souvent en arrière en repoussant le pessaire en avant, ou bien la rétroflexion se produisait malgré la position du col.

Le col amputé peut aussi ne plus offrir de point d'appui. Souvent le pessaire empêche la circulation du bol fécal en comprimant le rectum; les pessaires trop grands ont parfois produit des eschares dangereuses.

Le pessaire gêne les rapports conjugaux et ne permet pas de traiter concurremment la femme au moyen de pansements vaginaux, tels que des tampons, par exemple.

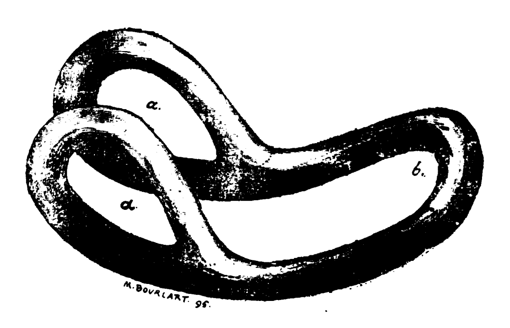


FIG. 1.

L'introduction et l'extraction des pessaires n'est pas toujours facile, selon les modèles; de plus, certains d'entre eux se déplacent facilement. Les anciens pessaires ne maintenaient pas les annexes prolabées dans le Douglas, le déplacement de ces organes favorisant la récidive, lorsqu'ils ne sont pas fixés.

Nous avons cherché à éliminer avec notre nouveau pessaire cette série de conséquences défavorables; sans vouloir mettre ses congénères de côté, il pourra au contraire être principalement employé dans les cas où les autres instruments ne pourraient être utilisés; ainsi en cas de mobilité

extrême de l'utérus, de relâchement du vagin, luxation des ovaires, etc.

Notre pessaire (voy. fig. 1) a une forme en berceau rappelant extérieurement celui de Schulze ou de Vulliet; il en diffère cependant en ce sens que l'arc postérieur manque totalement.

Il se compose de deux branches latérales, ou ailerons (a, a), réunies en avant et formant ressort entre elles; le pessaire est généralement formé d'un fil ou d'un ressort

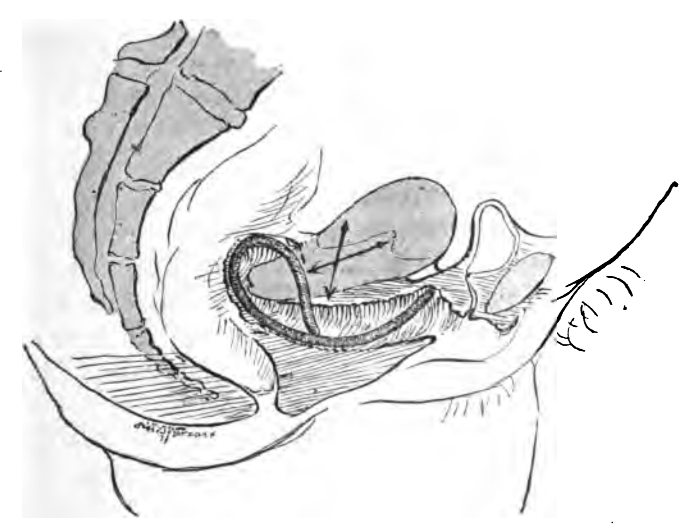


FIG. 2.

d'acier, détrempé à ses extrémités, et recouvert de caoutchouc; je le préfère encore en melchior recouvert de caoutchouc, souple et malléable en même temps.

Les deux branches sont recourbées sur elles-mêmes à leur extrémité postérieure et forment une boucle destinée à présenter un plan incliné sur lequel viendra porter la base du ligament large.

Par l'élasticité du ressort, qui tend à ouvrir les deux branches, le pessaire se maintient en place, en outre sa con-

vexité antérieure vient s'arquebouter derrière la symphyse.

Les ailerons refoulés par les parois latérales se rapprochent un peu derrière le col et empêchent le retour en arrière du fond utérin.

Le grand diamètre de l'insertion des ligaments larges ayant dépassé la courbure supérieure des ailerons (voy. 2), les ligaments portant à faux sur ce plan oblique, l'utérus aura toujours tendance à tomber le fond en avant ; en outre, la tension des culs-de-sac latéraux et du plafond vaginal rendront impossible la torsion des ligaments en arrière ; par son propre poids l'utérus se place dans la position normale.

Le pessaire ne prenant qu'un appui latéral et antérieur, laissera libre cours au passage des matières dans le rectum, ce qui est un grand point.

La courbure antérieure qui peut être simple ou porter une dépression uréthrale (voy. fig. 3 a, E.) vient appuyer derrière la symphyse, sur la voûte antérieure du vagin, qu'elle soulève et maintient tendue. L'utérus ainsi fixé, sa circulation deviendra plus facile, grâce à un massage bien appliqué, les ligaments reprendront leur élasticité, l'utérus son volume normal et le jour ne tardera pas où la malade sera guérie et pourra se passer de pessaire.

Les ailerons du pessaire en soulevant la base des ligaments larges, maintiennent du même coup les ovaires, dont les déplacements entraînent des rétroflexions à rechutes fréquentes.

Le pessaire est maintenu en outre en place au bout de quelque temps par les bourrelets vaginaux qui viennent faire saillie dans les ouvertures des ailerons ; ceux-ci peuvent être légèrement rejetés en dehors ou en dedans, ou être maintenus exactement parallèles suivant les indications (voy. fig. 3, C. D. E.)

Pour appliquer le pessaire, la femme étant dans une posi tion gynécologique, il suffit de le prendre entre le pouce e l'index de la main droite et, tout en rapprochant les deu
[illegible] une légère pression, les introduire directemen

en avant dans la fente vulvaire, sans tourner le pessaire sur le côté ; le pousser ensuite doucement en avant, puis introduisant l'index dans le vagin placer bimanuellement les ailerons sur les côtés et en arrière du col, en ayant soin de faire franchir la courbure supérieure des ailerons à la base des liga-

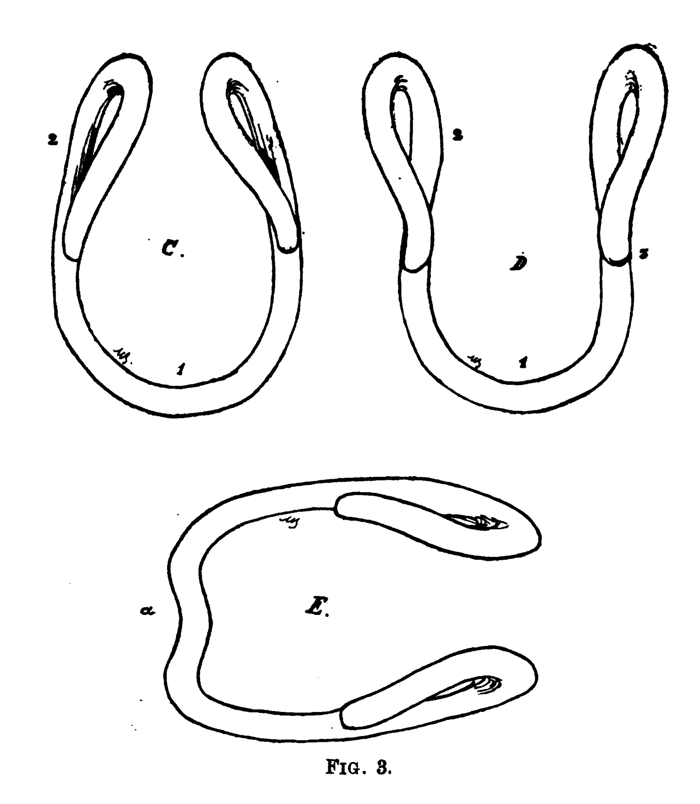


FIG. 3.

ments larges (voy. fig. 2), de façon que les ailerons soient aux trois quarts logés dans le Douglas.

Pour faciliter la chose on peut introduire l'extrémité de l'index dans la fenêtre de l'aileron, et le pousser en place.

La place occupée par les annexes doit être exactement contrôlée.

La convexité antérieure se loge d'elle-même derrière la

symphyse et si le pessaire est bien placé, il ne bouge plus, quelle que soit la position occupée par la malade.

L'important pour le pessaire est qu'il soit exactement appliqué; pour cela il faut que le cul-de-sac postérieur admette sans trop de difficultés la partie postérieure des ailerons ; la grandeur des pessaires devra être bien choisie pour cela. Quant aux ailerons, on peut les modifier sur place, cette partie du pessaire étant malléable.

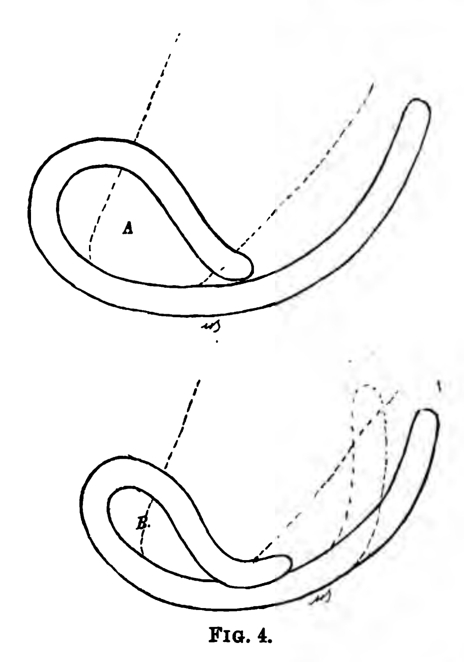


Fig. 4.

Si la convexité antérieure gêne l'écoulement de l'urine, on peut facilement lui imprimer une légère dépression en cupule, qui évitera la compression de l'urèthre ou du sphincter.

Les cas offrant le plus de difficultés à l'emploi de mon pessaire, sont ceux où le vagin est atrophié, et le Douglas très peu développé. Ces cas se prêtent en général peu à l'emploi du pessaire et demandent plutôt un traitement opératoire.

L'emploi de mon pessaire sera naturellement soumis aux

mêmes règles que les pessaires en général (libération des adhérences, contre-indications inflammatoires, etc.). Il est généralement très facilement supporté ; il ne gêne pas le coït, ce qui n'est pas à dédaigner, ni l'emploi de pansements vaginaux.

Ce même pessaire peut être employé dans les antéflexions, en relevant la branche antérieure (voy. fig. 4, B : 2) qui tendra à redresser l'utérus.

REVUE GÉNÉRALE

LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME ET SON TRAITEMENT

Communication faite à la Société médicale de Munich,
par **M. G. Klein**, Privat-docent.

Jusqu'en 1891 on admettait d'une façon générale que le gonocoque, en tant qu'agent d'inflammation ne peut exister que dans un épithélium cylindrique, que chez la femme par conséquent il peut bien provoquer une endométrite et une salpingite gonorrhéique, mais qu'il est impuissant à déterminer une inflammation spécifique de la vulve, du vagin, du péritoine, moins encore du tissu conjonctif.

En 1891, Wertheim montra que le gonocoque peut envahir non seulement l'épithélium cylindrique, mais aussi l'épithélium cubique du péritoine, voire même le tissu conjonctif. Ses opinions furent généralement admises, sauf la possibilité d'une suppuration du tissu conjonctif sous l'influence du gonocoque.

Nos idées sur le traitement de la gonorrhée chez la femme, se sont également modifiées. Actuellement tout le monde admet que l'infection gonorrhéique aiguë demande un traitement peu actif. « Je suis, dit Bröse, peu à peu arrivé à la conviction que l'infection gonorrhéique récente doit être, comme la plupart des infections aiguës, combattue par l'organisme lui-même et qu'un traitement général est sous ce rapport plus utile à la malade que

tous les traitements locaux. » D'après Winter, le stade aigu de l'infection a son utilité, la suppuration constituant un moyen de défense contre l'invasion des gonocoques; il admet même qu'avec un traitement « abstentionniste » la gonorrhée peut disparaître au bout de huit jours d'une façon définitive. Veit pense aussi qu'en cas d'infection unique le gonocoque n'envahit ni les trompes, ni le péritoine.

Le pronostic de la gonorrhée chez la femme serait donc bien moins sombre que ne l'admettait Nœggerath.

Diagnostic. — Pour faire le diagnostic de la gonorrhée, il faut trouver le gonocoque. En pratique, dans la clientèle, on est réduit à l'examen microscopique des sécrétions, et le diagnostic est fait quand on trouve les diplocoques caractéristiques inclus dans des cellules, se colorant facilement avec les couleurs d'aniline et se décolorant par la méthode de Gram. Comme chez la femme la gonorrhée se localise principalement dans l'urèthre et le canal cervical, on prend les sécrétions de ces deux canaux dont les orifices sont préalablement nettoyés, et on les étend sur des lamelles que l'on sèche d'abord à l'air, ensuite sur la flamme d'un bec de gaz ou d'une lampe à alcool. On les colore avec une solution filtrée de bleu de méthyle, et l'imprégnation une fois faite, on les lave au bout de deux minutes avec de l'eau stérilisée. Il ne reste plus qu'à examiner la préparation avec un objectif à immersion. La décoloration par la méthode de Gram n'est pas indispensable.

On admet généralement que chez la femme l'uréthrite blennorrhagique disparaît très rapidement. Il n'en est rien et c'est pour cela que dans chaque cas, en l'absence même de symptômes uréthraux, on examinera les sécrétions uréthrales; très fréquemment on y trouvera les gonocoques que vainement l'on chercha dans les sécrétions du col. Il faut donc toujours examiner les sécrétions utérines et les sécrétions uréthrales; c'est la seule façon d'assurer le diagnostic. Disons enfin que, dans certains cas, les sécrétions uréthrales, tout en étant purement séreuses, peuvent renfermer de nombreux gonocoques.

Le diagnostic microscopique de la gonorrhée est très important; il n'est toutefois pas indispensable; il est certain que la gonorrhée aiguë peut être diagnostiquée, en s'appuyant

exclusivement sur l'ensemble des symptômes cliniques. On peut même dire que le diagnostic de gonorrhée s'impose chaque fois que chez une femme ayant eu des rapports sexuels on trouve de l'uréthrite et de l'endométrite, ou de la métrite et de la salpingite, dont l'origine ne remonte pas à une septicémie puerpérale.

Localisations de la blennorrhagie. — Nous avons déjà dit que le gonocoque peut envahir non seulement tous les épithéliums, mais encore le tissu conjonctif. Ces faits sont importants à connaître, car ils expliquent les complications de vulvite, de colpite, de paramétrite, de péritonite qui surviennent dans l'infection gonorrhéique sans le concours d'autres microbes, sans le concours d'une infection mixte. Il est à remarquer qu'il existe certaines conditions prédisposant à la gonorrhée et à ses complications. D'après Saenger, la vulvite gonorrhéique s'observe principalement « chez les vieilles femmes, les femmes enceintes, les femmes délicates, blondes » ; Fritsch a caractérisé cette prédisposition, en disant que la prolifération du gonocoque est liée non pas à la nature de l'épithélium, mais à ses propriétés biologiques. On connaît du reste le mot de Ricord : « Si vous voulez avoir une chaudepisse, prenez une femme lymphatique, pâle, blonde plutôt que brune, etc. »

Que le gonocoque, en pénétrant dans le tissu conjonctif, puisse y provoquer des phénomènes inflammatoires, cela est hors de doute. On a trouvé le gonocoque dans le tissu conjonctif péri-uréthral, péri-ovarique, péri-rectal, voire même dans les fentes lymphatiques du tissu sous-péritonéal. Wertheim, Saenger, Zweifel et d'autres ont signalé les abcès de l'ovaire d'origine gonorrhéique.

Les voies d'infection gonorrhéique sont très variables. Par contiguïté, le gonocoque peut remonter de la vulve dans le péritoine en passant par le vagin, l'utérus et les trompes ; il peut encore suivre la voie lymphatique pour passer directement de l'utérus dans le péritoine, de la muqueuse des trompes dans les ovaires ; il peut enfin pénétrer dans le sang et envahir les organes éloignés. C'est là l'origine des métastases.

En parlant des métastases, je tiens à insister sur un point fort important au point de vue pratique. A la suite des interventions dites énergiques, à la suite d'un cathétérisme, d'un curettage, etc.,

les tissus sont fréquemment traumatisés, et le gonocoque pénètre dans le sang. Il est certain que, dans certains cas de gonorrhée aiguë, localisée à l'urèthre ou au col, une intervention thérapeutique tant soit peu énergique a pour résultat de transporter le virus dans le paramètre, de provoquer des métastases dans les articulations et les gaines tendineuses. Très souvent un massage, un cathétérisme, destinés à redresser un utérus fléchi, sont suivis d'une inflammation aiguë des annexes avec fièvre élevée et phénomènes péritonéaux ; souvent encore une endométrite subaiguë, bénigne est transformée par le curettage en une périmétrite grave dont la guérison demande des années. On ne saurait donc trop insister sur ce point que dans la gonorrhée aiguë ou subaiguë de la femme le traitement doit être aussi peu énergique que possible.

Dans ces dernières années, on a publié des faits fort curieux relatifs à l'envahissement de divers organes par le gonocoque. On sait maintenant que le gonocoque peut envahir non seulement les diverses parties de l'appareil génital de la femme, mais des organes et des systèmes très différents. Dohrn Rosinski, Leyden ont signalé la stomatite ulcéreuse gonoccique des nouveau-nés; dans l'observation de Krœnig un jeune nourrisson contracte d'abord une conjonctivite gonorrhéique qui se complique de rhinite, d'otite moyenne de même nature. Sarfert a eu l'occasion d'ouvrir un abcès du sein chez une femme atteinte de gonorrhée: le pus renfermait des gonocoques. Barlow et d'autres ont signalé l'existence d'une cystite à gonocoques. L'existence d'une rectite catarrhale à gonocoques a été démontrée dans bien des cas, principalement chez des individus, hommes ou femmes, qui subissent le coït rectal. Notons à ce sujet que la proctite gonococcique est d'autant plus importante à connaître que souvent elle donne lieu à des ulcérations et rétrécissements ayant tous les caractères des rétrécissements dits syphilitiques du rectum.

Quant à la question de l'infection mixte dans la gonorrhée, nos connaissances sur ce sujet sont encore très obscures. Il y a quelques années, la salpingite suppurée, la péritonite circonscrite, la périmétrite ou la péri-ovarite, etc., étaient considérées, chez les femmes gonorrhéiques comme le résultat d'une infection mixte. Cette hypothèse est erronée ; on sait aujourd'hui que toutes ces lésions peuvent être produites par le gonocoque seul.

Mais d'un autre côté, on a trouvé, dans le pus des trompes, des bactéries pyogènes, streptocoque et stapylocoquhe, à côté du gonocoque. Peut-être ces faits contradictoires peuvent-ils être conciliés, en admettant que l'apparition des micro-organismes pyogènes se fait au moment où le processus gonorrhéique commence à décliner.

Fréquence de la blennorrhagie. — La question que l'on se pose souvent est de savoir jusqu'à quel point la gonorrhée est fréquente chez la femme ? Il est difficile de répondre à cette question et les auteurs ne sont guère d'accord sur ce point. Nœggerath admet que 80 p. 100 des femmes sont atteintes de gonorrhée. C'est beaucoup trop. Pour Schwartz et Saenger la gonorrhée existerait chez 12 p. 100 des femmes qui s'adressent aux gynécologues. Ce chiffre n'est pas assez élevé, et la vérité se trouve peut-être entre les deux extrêmes.

Traitement. — Avant tout, je tiens à déclarer encore une fois que l'infection gonorrhéique aiguë, indépendamment de sa localisation, doit être traitée par le repos, par les moyens doux et par l'abstention de tout ce qui rappelle une thérapeutique énergique. A cette règle il n'existe qu'une seule exception : c'est le pyosalpinx qui presque toujours exige une intervention chirurgicale. Les indications des cautérisations et interventions locales n'existent que dans la gonorrhée chronique rebelle, et même dans ce cas il faut renoncer à un traitement énergique quand il existe en même temps une lésion des annexes. Quand, dans ces cas complexes, l'affection résiste, j'ai souvent réussi d'une façon assez satisfaisante, avec le traitement que Leube emploie dans la gastrite chronique et qui consiste dans le repos absolu au lit et dans les cataplasmes chauds sur le ventre. L'opération peut être quelquefois évitée à la malade.

Je n'ai pas l'intention de vous exposer toutes les méthodes thérapeutiques qui ces temps derniers ont été préconisées contre la gonorrhée de la femme. Ce qui importe au praticien, c'est d'avoir à sa disposition une seule méthode, mais simple et pouvant s'appliquer à la majorité des cas. En exposant ma méthode je n'ai naturellement pas la prétention de croire qu'elle est supérieure aux autres ; c'est tout simplement à titre de contribution au traitement de la gonorrhée que je vous la présente.

Presque toujours la gonorrhée envahit en premier lieu l'urèthre, et dans 50 p. 100 des cas, dans 70 p. 100 d'après certains auteurs, on trouve en même temps une gonorrhée du col. L'envahissement de la muqueuse utérine est plus rare et survient quelquefois à l'occasion des règles, d'un accouchement, d'une intervention chirurgicale locale. Les trompes ne seraient prises que dans 33 p. 100 des cas (Sænger, Rosthorn).

L'infection de la vulve et du vagin est ordinairement secondaire et s'effectue ordinairement quand l'écoulement du col ou de l'urèthre est particulièrement abondant. D'après certains auteurs la vaginite ou la vulvite doivent dans ces cas être attribuées à l'action purement chimique de l'écoulement purulent. Seulement rien ne prouve, pour la vulve par exemple, qu'après la macération de l'épithélium il ne s'agisse d'une inflammation spécifique.

On voit par là que c'est contre l'uréthrite et la métrite gonorrhéique que l'on aura le plus souvent à lutter.

1° *L'uréthrite gonorrhéique* constitue, comme nous l'avons dit, la localisation la plus fréquente de la gonorrhée chez la femme. Presque toujours, l'urèthre est envahi soit en premier lieu, soit simultanément avec d'autres organes. Rarement l'uréthrite gonorrhéique se manifeste par des symptômes bruyants; souvent même elle passe inaperçue aussi bien pour la malade que pour le médecin et ce n'est qu'en interrogeant la malade qu'on apprend que, les premiers temps après le mariage, elle a éprouvé du ténesme vésical et a eu des mictions fréquentes. Le diagnostic ne peut être fait dans ces cas que par l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales que l'on obtient en faisant couler une goutte de liquide à l'orifice externe.

L'uréthrite aiguë ne nécessite aucun traitement local. Si les symptômes sont accusés, on met la malade au lit et on ordonne un régime doux. En fait de thérapeutique on prescrit les lavages de la vulve avec une solution de sublimé au 5000e et les injections vaginales, à titre prophylactique, avec une solution de permanganate de potasse au même titre. En même temps on veillera à la régularité des selles et on défendra d'une façon absolue le coït.

Avec un tel traitement, quand on sait éviter toute intervention locale, l'uréthrite aiguë guérit en trois semaines. Le pronostic est donc relativement favorable.

Dans *l'uréthrite chronique* qui le plus souvent succède à l'uréthrite aiguë mal soignée, l'examen bactériologique des sécrétions uréthrales a également une importance diagnostique considérable. L'épreuve de deux verres peut également être utilisée, à la condition de bien nettoyer préalablement le vagin.

Le plus souvent les symptômes de l'uréthrite chronique sont peu accusés et se réduisent à des picotements pendant les mictions, à une sensation de corps étranger dans l'urèthre. Mais il faut savoir qu'à côté de ces cas, qui forment la majorité, on en trouve d'autres où les malades souffrent pendant des années. Les symptômes qu'on trouve dans ces cas sont du ténesme vésical, des mictions douloureuses, des difficultés de miction allant quelquefois jusqu'à la rétention complète de l'urine, si bien que l'on est obligé de sonder la malade. Malgré cette symptomatologie bien nette les malades sont considérées par des médecins, et même par des médecins instruits et consciencieux, comme hystériques, névropathes, tandis qu'un simple examen des sécrétions mettrait sur la voie du diagnostic en montrant la présence des gonocoques.

Le traitement de l'uréthrite chronique doit être local. On commencera par injecter dans l'urèthre, tous les deux ou trois jours, avec une seringue de Braun, une certaine quantité d'une solution phéniquée à 3 p. 100, que l'on remplacera plus tard par les injections d'une solution de nitrate d'argent au 5000e. Ces injections sont rarement douloureuses, et, quand elles provoquent de la douleur, celle-ci ne dure pas longtemps. En même temps, on prescrira des injections vaginales tièdes avec une solution de permanganate de potasse au 5000e, des bains de siège. On mettra la malade à un régime alimentaire doux en proscrivant d'une façon absolue le vin et la bière.

2° *La gonorrhée du canal cervical*, se manifeste avant tout et en premier lieu par l'écoulement. L'écoulement est incolore, lactescent dans les cas chroniques, purulent et sanguinolent dans l'infection aiguë. En pratique, c'est contre cet écoulement que l'on dirige ordinairement tous les efforts, et comme dit Fraenkel, il existe une sorte d'association d'idées entre l'écoulement et les injections vaginales avec une solution d'alun.

Certainement cette pratique banale n'est pas recommandable, et prescrire des injections en se basant exclusivement sur l'existence d'un écoulement ne constitue pas œuvre de clinicien. Mais

dans l'infection aiguë du col ces injections ne sont pas mauvaises, moins dangereuses certainement que les injections caustiques plus énergiques, car l'alun peut du moins revendiquer un effet, c'est de durcir l'épithélium et de s'opposer ainsi à l'invasion du gonocoque.

Je préfère aux injections d'alun une substance désinfectante faible, le permanganate de potasse au 5000e. On peut également employer avec succès les injections vaginales de Fritsch, surtout dans les cas où la gonorrhée du col s'est compliquée d'une vulvo-vaginite. Fritsch prescrit 300 gr. d'une solution de chlorure de zinc à 50 p. 100, dont on prend une cuillerée à bouche (20 gr.) pour chaque litre d'eau. Ces injections vaginales font rapidement disparaître la rougeur de la vulve et du vagin; très rapidement aussi les sécrétions cervicales diminuent et le col reprend peu à peu son aspect normal.

L'écoulement n'est pas le seul symptôme de la gonorrhée cervicale. Aujourd'hui on sait d'une façon certaine que les érosions du col sont également, dans la majorité des cas, de nature gonorrhéique. Dans ces conditions, si ces érosions ne sont qu'un des symptômes de l'infection gonorrhéique du col, on comprend qu'une thérapeutique dirigée exclusivement contre elles, échouera forcément, surtout si la gonorrhée du col est passée à l'état chronique. Il faut donc dans ces cas s'attaquer avant tout à la muqueuse infectée, et souvent les érosions guérissent alors spontanément.

On commencera donc par traiter localement la gonorrhée chronique du col. Ce qui réussit le mieux dans ces circonstances, ce sont les cautérisations de la muqueuse à l'aide des caustiques peu énergiques. On procède de la façon suivante :

Après avoir bien isolé le col dans le spéculum cylindrique ou bivalve, on le nettoie avec un tampon d'ouate trempé dans une solution phéniquée, en essayant d'enlever en même temps le bouchon du canal cervical. Si le bouchon est visqueux, difficile à enlever, on injecte avec la seringue de Braun, dans la cavité du col, soit une solution d'acide phénique à 3 p. 100, soit une de borax à 5 p. 100; ou bien encore on essaie d'avoir le bouchon muqueux avec la sonde de Playfair garnie d'ouate trempée dans une solution.

Le col une fois libre, on injecte dans le canal cervical une petite quantité d'une solution de nitrate d'argent au 3000e. Mais

si l'orifice externe du col est étroit, s'il s'agit d'une nullipare, il faut renoncer aux injections qu'on remplace dans ces cas par un attouchement de la muqueuse avec un tampon d'ouate enroulé autour de la sonde de Playfair et trempé dans la même solution de nitrate d'argent.

Ces injections suffisent souvent pour amener la guérison des érosions. Dans les cas contraires, il faut après chaque injection cautériser les érosions avec une solution forte (2 p. 100) de nitrate d'argent.

Souvent le traitement qui vient d'être exposé permet d'éviter une intervention chirurgicale.

3° *L'infection gonorrhéique aiguë de la cavité du corps de l'utérus* se manifeste quelquefois par des symptômes très bruyants de péritonite, et souvent ce n'est qu'au bout d'une ou de deux semaines de repos au lit, d'applications de glace sur le ventre, d'administration d'opium, que l'inflammation se limite à l'appareil génital. Ce qui vient d'être dit constitue toute la thérapeutique de l'endométrite gonorrhéique aiguë : repos au lit, glace sur le ventre, opium, diète rigoureuse, mictions et selles régulières.

Mais il existe des cas où l'infection en question évolue d'une façon très bénigne, et cette période peut même échapper au malade. Aujourd'hui nous savons que l'endométrite chronique relève très souvent d'une gonorrhée méconnue. Je vais même plus loin et je dis : La plupart des endométrites chroniques survenant pendant la vie sexuelle et ne se rattachant ni à un avortement ni à des accidents puerpéraux, sont de nature gonorrhéique Toutefois il est indiqué de ne pas considérer comme étant de nature inflammatoire toutes les hyperhémies et toutes les hyperplasies de la muqueuse utérine. Ces hyperhémies et ces hyperplasies, qui disparaissent avec les causes qui leur ont donné naissance, se trouvent encore assez souvent dans les troubles de circulation locale ou générale consécutivement à des affections du cœur, du foie, des reins, dans les déviations de l'utérus, dans les hyperhémies de l'appareil génital en cas de sarcomes, de carcinomes ou de myômes ; dans tous ces cas il s'agit non pas d'une inflammation, mais d'une hyperhémie secondaire.

Sans parler du gonocoque, l'endométrite chronique peut encore être provoquée par des bacilles tuberculeux, par des coli-bacilles, par des saprophytes, voire même par des protozoaires. Mais

comme fréquence, le rôle étiologique du gonocoque vient en premier lieu, et bien que la démonstration bactériologique de la nature gonococcique de l'endométrite chronique fasse encore défaut, les faits cliniques ne laissent aucun doute sur ce point.

Si l'on admet que l'endométrite chronique est le plus souvent de nature gonorrhéique, la conclusion pratique à en tirer c'est que le curettage, devenu malheureusement de pratique courante, ne doit être appliqué que dans des cas tout à fait exceptionnels. Dans la plupart des cas d'endométrite chronique, le curettage est non seulement le plus souvent d'aucun effet, mais encore quelquefois directement nuisible, en ce sens qu'il donne une sorte de coup de fouet à l'infection, qui envahit alors les organes voisins. L'inefficacité du curettage est du reste démontrée par ce fait que souvent on est obligé de revenir à la même opération trois, quatre fois, sans que le malade en retire le moindre bénéfice.

Plus efficaces que les grattages sont, dans le traitement de l'endométrite chronique, le traitement local de la gonorrhée cervicale et un traitement fortifiant général comprenant un régime alimentaire substantiel, le drap mouillé, le séjour au grand air, les injections vaginales, les bains de siège.

4° *L'infection gonorrhéique aiguë ou chronique des annexes* (trompes, ovaires, paramètre, péritoine pelvien), n'exige pas non plus un traitement bien actif, à moins qu'il n'y ait du pus dans les trompes et les ovaires, condition qui impose l'intervention chirurgicale, l'extirpation. Mais s'il s'agit d'un empâtement diffus avec adhérences entourant comme une gangue tous ces organes, le traitement de choix sera encore « le ménagement physique et thérapeutique ».

La malade sera condamnée, pour un mois, au repos absolu au lit qu'on ne lui permettra pas de quitter, même pour satisfaire les besoins naturels ; deux fois par jour on appliquera de larges cataplasmes chauds sur le ventre ; on prescrira un régime doux, on veillera à la régularité des selles et de la miction.

On supprimera les cataplasmes s'il survenait un mouvement fébrile assez accusé ou des douleurs vives. La fièvre comme la douleur doivent faire chercher l'existence d'un foyer de suppuration et cette recherche devra souvent être faite sous le chloroforme.

La malade ne quittera le lit que lorsqu'elle sera restée longtemps sans souffrir. Mais si la douleur persiste, si en un mot le traitement ci-dessus échoue, il ne faut pas hésiter à recourir à une intervention chirurgicale, à l'ablation des annexes. Si au contraire sous l'influence du traitement médical la situation s'améliore, si la fièvre irrégulière apparaît de plus en plus rarement, si les douleurs spontanées ou provoquées deviennent de moins en moins vives, il faut persister. On prescrira alors les résolutifs, tampon de glycérine et d'iodure de potassium, injections vaginales chaudes, bains de siège, etc.; on insistera sur l'hygiène générale et l'on enverra la malade à la campagne pour vivre au grand air et au soleil.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

IIIe session, du 18 *au* 20 *avril* 1895 (1).

PROUVOST. **Note sur les boiteuses au point de vue obstétrical.** — Après rappel des données essentielles sur la statique des boiteuses et sur les moyens protéthiques, et analyse comparée de 47 observations, l'auteur conclut: 1° Que la claudication a une action déformante, certaine, sur le bassin; les commémoratifs affirment *sept fois* le défaut absolu de traitement de la claudication, dans les *sept* cas il y a aplatissement du côté sain;

2° Quand le traitement (canne, béquilles, etc.) est abandonné prématurément, les déformations pelviennes sont fréquentes, même quand le début de la claudication est relativement tardif (observation de Mme Lachapelle, Rosshirt, Segeth). Tant que le squelette pelvien n'a pas atteint l'achèvement de son ossification, du moins au niveau du cotyle (de 15 à 16 ans), il est susceptible d'être déformé par la claudication.

3° L'emploi de *deux béquilles* réalise la meilleure sauvegarde pour le bassin. Sur sept cas où il a constitué l'unique traitement

---

(1) Résumé d'après le *Compte rendu officiel.*

de la boiterie, quatre fois les deux béquilles ont été employées *jusqu'après la seizième année*; le bassin a échappé *ces quatre fois* à l'influence de la claudication. Trois fois elles ont été abandonnées avant 16 ans, et le bassin s'est déformé du côté sain.

Quand une boiteuse se sera servie, *constamment*, de deux béquilles jusqu'à l'âge de 16 ans au moins, il y aura de grandes probabilités pour que son bassin ait échappé à l'influence de la claudication. Dans ces conditions, le pelvis accomplit son développement physiologique sans subir les effets de la statique debout qui modifient avec l'âge sa conformation générale. Les pieds n'ont-ils appuyé qu'à peine à terre, le bassin peut conserver le type du bassin couché, type infantile; s'ils ont légèrement appuyé sur le sol, le bassin figurera un type intermédiaire entre le bassin couché et le bassin debout.

STIEBER. **Glycosurie pendant la grossesse. Accouchement à terme. Inertie utérine. Application de forceps. Suites de couches pathologiques.** — Le père était rhumatisant et brightique. L'une des sœurs, devenue enceinte, eut de l'éclampsie et une autre sœur, de l'albuminurie gravidique. Quant à elle, enfant, elle eut des convulsions, puis, sous des influences morales, elle devint nerveuse, émotive et eut plusieurs crises de nature hystérique. A noter également, cinq années avant sa grossesse, une phlébite fémorale, bilatérale, consécutive à une attaque d'influenza.

Première grossesse, trois années auparavant, interrompue à trois mois par un avortement, suites de couches normales. De nouveau enceinte, elle fit une consommation considérable de sucre (jusqu'à 250 grammes par jour). Vers le troisième mois de la gestation, pertes de sang qui nécessitèrent le repos au lit et l'emploi du laudanum. Ayant présenté ensuite de l'œdème des membres inférieurs, des troubles de la vue, des maux d'estomac, etc., ses urines, où l'on supposait devoir trouver de l'albumine, furent analysées et l'on y trouva 8 grammes de sucre par litre. Traitement : régime et bromure. *Accouchement à terme*, terminé par une application de forceps parce qu'il y avait inertie utérine. *Suites de couches* normales jusqu'au treizième jour. A ce moment, début d'une *phlegmatia alba dolens* du côté droit et, dix jours après, même processus du côté gauche (une antisepsie rigoureuse avait été réalisée pendant et après l'accouche-

ment). L'analyse des urines, maintes fois pratiquée après l'accouchement, a donné: 4 gr. 81 de sucre le deuxième jour; 4 gr. 18 le quatrième jour; 10 gr. 50 le dixième jour; 5 gr. 95 le vingt-deuxième jour. (L'observation ultérieure, permettra, seule, de décider si cette glycosurie correspond à une attaque de diabète vrai.)

Discussion. — L'auteur paraît attribuer à la glycosurie une part étiologique, réelle, dans la production des accidents observés post-partum, opinion, qui, selon M. Rivière, ne serait pas fondée. D'autre part, M. Porak fait la remarque que, d'après les recherches de Henriot, il résulterait qu'il y a dans l'urine une substance qui donne à peu près toutes les réactions du sucre, que les analyses doivent par suite être faites avec beaucoup de rigueur.

Guéniot. **Ma pratique et ses résultats dans soixante cas d'accouchements avec bassins rétrécis.** — M. Guéniot a observé, du 15 avril 1893 au 15 avril 1894, dans son service de la Maternité, 60 bassins rétrécis : ostéomalacique 1, oblique ovalaire 1, rachitiques 58.

Le diamètre promonto-pubien *minimum* (obtenu par déduction de 13 millimètres du diamètre promonto-sous-pubien) a été :

1 fois	69 millim.
16 »	75 à 82
21 »	84 à 87
21 »	89 à 92
1 »	95 millim.

Des 60 femmes, 14 étaient primipares, 14 secondipares, 22 multipares (de 3 à 9 accouchements). Sur les 60 accouchements, 25 fois le travail et l'expulsion du fœtus s'effectuèrent spontanément ; 35 fois il y eut nécessité d'intervenir par une ou plusieurs opérations.

A. — Accouchements spontanés (25) : *à terme*, 10 ; *avant terme*, 15.

1° *Accouchements spontanés à terme* (10). Des 10 femmes, 5 primipares, 5 multipares. *Diamètre promonto-pubien minimum :* une fois 77 millim. ; les autres fois oscillant entre 84 et 95 millim. (95 une seule fois). *Enfants.* Tous naquirent vivants, avec un poids variant de 2,550 à 3,600 grammes. Celui qui eut à traverser le

bassin de 77 millim. comme conjugué vrai, pesait 3,150 grammes ; par contre, celui qui passa dans le bassin de 95 millim. ne pesait que 2,750 grammes et subit une forte dépression du pariétal droit. Deux autres pesant 3,100 et 3,400 grammes furent expulsés en présentation du siège à travers des bassins de 87 millim. et 90 millim.

2° *Accouchements spontanés avant terme* (15). *Age de la grossesse* : 1 fois 7 mois et demi ; 1 fois 8 mois ; 13 fois de 8 mois un quart à 8 mois trois quarts. *Diamètre promonto-pubien minimum* : de 75 à 92 millim.

Enfants : Sur 15 enfants, 12 naquirent vivants avec un poids de 2,250 à 3,380 grammes, sauf celui de 7 mois et demi qui ne pesait que 1,950 grammes et qui succomba au bout de quelques jours. Des trois enfants mort-nés, l'un de 8 mois et demi et du poids de 3,000 grammes succomba pendant le travail (sixième grossesse, présentation du siège, diam. minimum, 75 millim. ; rupture prématurée de membranes vingt-quatre heures avant le début des douleurs, travail long). Les deux autres naquirent dans un état prononcé de macération.

B. — ACCOUCHEMENTS AYANT NÉCESSITÉ UNE OU PLUSIEURS OPÉRATIONS (35)

1° ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ : 23 cas (en général au moyen d'une sonde, exceptionnellement du ballon excitateur et de l'écarteur de Tarnier, une fois à l'aide du ballon de Champetier). Sur les 23 femmes : primipares 6, multipares 17. *Diamètre promonto-pubien minimum* : 1 fois 69 millim. ; 22 fois de 79 à 92 millim.

Age de la grossesse : 1 fois, 7 mois trois quarts ; 2 fois, 8 mois ; 11 fois, 8 mois et demi ; 8 fois, 8 mois trois quarts. Les 23 cas d'accouchement provoqué se répartissent comme suit : a) 14 fois, accouchement provoqué sans opération complémentaire ; *b*) 3 fois, accouchement provoqué, symphyséotomie et forceps ; c) 4 fois, accouchement provoqué, et forceps ; *d*) 2 fois, accouchement provoqué et version céphalique par manœuvres externes.

Enfants (23). — Mort-né 1 [mort durant le travail (1)] ; nés vivants

(1) Femme primipare. Diamètre promonto-pubien minimum 82 millim. — Travail lent. Écoulement prématuré des eaux. On appliqua le dilatateur de Tarnier, sur lequel on ajusta un anneau en caoutchouc trop puissant qui provoqua un véritable tétanos utérin. M. Guéniot ne fut averti que quand le fœtus avait déjà succombé.

22, dont deux succombèrent, l'un sept heures après son extraction, l'autre quelque jours après sa naissance. La mère de l'enfant mort sept heures après son extraction était primipare; le diamètre promonto-pubien mesurait 87 millim. L'enfant pesait 2,750 grammes. L'affaiblissement des bruits du cœur et la perte du méconium avait motivé une application de forceps hâtive et très laborieuse. L'enfant, mort quelques jours après sa naissance, ne pesait en naissant que 1,900 grammes; il n'était âgé que de 7 mois trois quarts. La grossesse fut interrompue trop tôt.

2° SYMPHYSÉOTOMIE : 4 dont 3 consécutivement à l'accouchement provoqué, 1 à terme, la femme étant en travail lors de son entrée à la Maternité.

Premier cas. — Primipare. Diamètre promonto-pubien 87 millim. Accouchement provoqué à 8 mois et demi. La dilatation étant suffisante, symphyséotomie, puis extraction avec le forceps d'une fille vivante du poids de 2,900 grammes. *Écartement maximum du pubis*, 5 centimètres.

Deuxième cas. — IIpare. Bassin oblique ovalaire, diamètre droit 80 millim.; accouchement provoqué à 8 mois et demi; symphyséotomie. Extraction relativement facile avec le forceps, d'une fille pesant 3,100 grammes. *Écartement maximum du pubis*, 4 centimètres.

Troisième cas. — VIpare. Diamètre promonto-pubien, 81 millim.; accouchement provoqué à 8 mois trois quart. Symphyséotomie et forceps. Enfant vivant, pesant 3,380 grammes. *Écartement pubien*, 5 centim. et demi pour la tête, 5 centim. trois quarts, pour les épaules.

Quatrième cas. — IIpare. Opérée de section césarienne 19 mois auparavant. Ostéomalacie complètement arrêtée depuis. Diamètre promonto-pubien, 82 millim. *A terme.* Symphyséotomie et forceps. Enfant vivant, de 3,550 grammes. Écartement maximum du pubis, 63 millim. (*Mères et enfants quittèrent la Maternité en parfaite santé*).

3° FORCEPS : 16 fois, dont 8 comme opération complémentaire, 8 fois comme opération primitive.

1) *Forceps, opération complémentaire.* — 7 fois le forceps fut appliqué après accouchement provoqué, et une fois à *terme* après symphyséotomie. Sur les 7 premiers cas, le forceps fut combiné avec la symphyséotomie, 3 fois (voir ci-dessus symphyséotomie).

Cinquième cas. — IIpare; grossesse à 8 mois et demi. Diamètre promonto-pubien, 79 millim. Travail prolongé, forceps, enfant vivant, 2,750 grammes.

Sixième cas. — Grossesse à 8 mois trois quarts. Diamètre promonto-pubien 92 millim. Prolapsus du cordon, forceps. Enfant vivant, 3,550 grammes.

Septième cas. — Vpare, grossesse 8 mois trois quarts. Diamètre promonto-pubien, 87 millim. Version par manœuvres externes, transformation d'une présentation du siège en présentation du sommet, 24 heures avant la provocation du travail. Durée du travail, 3 jours, forceps. Enfant vivant, 3,230 grammes.

Huitième cas. — (Cité plus haut. Voir accouchement provoqué.) Ipare; forceps hâtif à cause de l'affaiblissement des bruits du cœur et de la sortie du méconium. Intervention pénible. Enfant de 2,750 gr. qui ne vécut que sept heures.

2) *Forceps comme opération primitive* (8).

a) 2 primipares *à terme*. Diam. prom.-pubien, 82 à 87 millim. Enfants *vivants* tous les deux, poids 3,000; 3,300 grammes.

b) Ipare, grossesse à 8 mois. Diam. prom.-pubien, 82 millim. Forceps dans l'excavation; enfant vivant, 2,900 grammes.

c) IIpare, *à terme*; Diam. prom.-pubien, 83 millim; forceps, enfant vivant, 2,900 grammes.

d) Multipare *à terme*; bassin 92 millim., 2 circulaires autour du cou de l'enfant; également torsion exagérée du cou constatée pendant le travail; forceps, extraction laborieuse; enfant extrait mort-né, 3,700 grammes.

e) Vpare, bassin 87 millim.; 4 accouchements antérieurs, spontanés. Plusieurs tentatives de forceps sans succès; chute du cordon. Version. Enfant extrait mort-né, 3,120 grammes.

f) IIpare, *à terme*, bassin 84 millim. Arrivée étant en travail et avec prolapsus du cordon. Réduction du cordon. Forceps qui échoua. L'enfant étant mort, basiotripsie. Poids : 3,400 grammes, sans la substance cérébrale.

g) Multipare. Tentatives multiples pour terminer l'accouchement faites en ville. A la Maternité, applications multiples de forceps sans succès (on dut faire la basiotripsie).

4° Version : 4 dont 2 pour transformer, par manœuvres externes, des présentations du siège en sommet et comme opération préalable à la provocation de l'accouchement.

Versions par manœuvres internes, 2. *Premier cas*. IIpare, en travail ; grossesse à 8 mois trois quarts ; bassin de 90 millim. ; présentation de l'épaule ; enfant vivant, pesant 2,700 grammes.

Deuxième cas. Voir au paragraphe précédent, à la lettre *e*.

5° EXTRACTION MANUELLE DANS LE CAS DE PRÉSENTATION DU SIÈGE. — Sur un total de huit cas de présentation pelvienne, la version par manœuvres externes fut faite deux fois (cas cités plus haut). Sur les six autres cas, 5 se terminèrent sans intervention notable. Dans un par contre, il fallut procéder à une extraction laborieure. VIIpare. Bassin de 84 millim., prolapsus du cordon. Version. Enfant en état de mort apparente. Ranimé mais mourut au bout de seize heures. Poids : 3,200 grammes.

6° BASIOTRIPSIE : 3. *Premier cas*. (Voir à propos du forceps, à lettre *f*.)

Deuxième cas. VIpare. Bassin de 92 millim., en travail depuis 2 jours et demi. Membranes rompues, écoulement vaginal fétide, fièvre (38°,6). Tentatives multiples d'accouchement en ville ; à la Maternité, applications multiples de forceps, insuccès. *Basiotripsie. Enfant* du poids de 4,050 grammes sans la substance cérébrale. Suites de couches fébriles durant sept jours, mais *guérison*.

Troisième cas. Ipare, *à terme*, bassin 87 millim. En ville, tentatives multiples d'accouchement artificiel. Apportée mourante à la Maternité. *Basiotripsie. Mort de la mère une demi-heure après*, seul cas de mortalité maternelle.

Tableau récapitulatif.

Accouchement provoqué	14 cas
— symphyséotomie et forceps	3 —
— et forceps	4 —
Version céphalique par manœuvres externes et accouchement provoqué	2 —
Symphyséotomie et forceps	1 —
Forceps	5 —
Forceps et version par manœuvres internes	1 —
Forceps et basiotripsie	2 —
Basiotripsie	1 —
Version podalique par manœuvres internes	1 —
Extraction laborieuse (présent. du siège)	1 —

Résultats. — [illegible] apportée mourante) : [illegible].

2. *Enfants.* Vivants 51, morts pendant l'accouchement, 7; expulsés en état de macération, 2.

Des 51 vivants, 47 quittèrent la Maternité en bon état de santé; 2 ne vécurent que quelques jours, [illegible] heures, un autre seulement sept heures.

Discussion : Gaulard pose plusieurs questions : M. Guéniot fait-il pour la provocation de l'accouchement une différence entre primipares et multipares ? Pour lui il a coutume de laisser les primipares aller à terme et est souvent agréablement surpris, malgré les rétrécissements pelviens, de voir l'accouchement s'effectuer spontanément. Quand il provoque l'accouchement, ce n'est jamais avant 8 mois à 8 mois et demi. Quelle conduite M. Guéniot conseille-t-il aux praticiens en face d'un bassin rétréci ? Pourquoi dans certains cas, M. Guéniot fait-il la symphyséotomie sans application préalable de forceps et *vice versa* ?

Guéniot ne fait pas de distinction de primiparité et de multiparité, 2 facteurs seuls sont à considérer : dimensions du bassin, volume de l'enfant. Aux praticiens, il conseillera de provoquer l'accouchement à huit mois, étant convaincu que la symphyséotomie est une opération à faire dans les cliniques. Quant à la décision pour la symphyséotomie sans forceps et *vice versa*, c'est surtout affaire de sens clinique et d'expérience.

Favre. **Des causes de l'éclampsie puerpérale.** — Citation, très sommaire, de 2 cas d'éclampsie. Premier cas. Éclampsie vers huit mois de grossesse, suivie de mort vingt-sept heures après le début des accès. A l'autopsie : néphrite aiguë et uretère droit pris dans des adhérences périmétritiques, et devenu imperméable. Uretère gauche libre. Microbes dans le sang de la malade. Au résumé, *rétention d'urine unilatérale et infection microbienne.*

Deuxième cas. Éclampsie survenue durant le travail; mort peu après la délivrance. *L'uretère droit était également pris dans des fibres périmétritiques.*

L'auteur rapprochant ces faits d'expériences sur les animaux où, par la rétention artificielle de l'urine et injection de solutions microbiennes, il avait produit des accès éclamptiques, conclut que :

1° Les symptômes chez les femmes éclamptiques et chez les animaux qui servirent d'expériences étaient identiquement les mêmes ;

2° Il existe plusieurs microbes capables de produire ces symptômes. Donc, pas de microbe spécifique, bien que dans un grand nombre de cas la maladie puisse être de nature microbienne.

Les deux cas précédents ne font que confirmer les résultats expérimentaux.

Discussion. — RIVIÈRE et TREUB signalent la confusion qui existe dans cette manière d'envisager la nature de l'éclampsie. Au fond, rien ne montre le lien qui existe entre compression des uretères et microbes, ni ce qu'il faut vraiment incriminer dans la production des accès éclamptiques. BAR fait remarquer qu'il ne suffit pas de voir qu'il y a des microbes dans le sang des éclamptiques. Il importe aussi de les étudier et de les définir. Après les communications de M. Favre, on n'est pas mieux renseigné à ce sujet. Quant à lui, il a bien essayé de se mettre dans les meilleures conditions pour déceler les micro-organismes, mais il a toujours échoué. FABRE se défend d'avoir voulu généraliser en citant les deux faits de compression uretérale. D'autre part, il n'a jamais parlé de tel ou tel microbe, mais de microbes.

MAYGRIER. **Insertion et enchatonnement du placenta dans une corne utérine anormalement développée, avec disposition singulière du délivre.** — Ce fait instructif, concerne une femme de 27 ans, IIpare. La première grossesse fut interrompue par un avortement à 5 mois. Quant à la deuxième grossesse, qui se termina aussi prématurément, elle fut marquée par des hémorrhagies, qui se prolongèrent pendant plusieurs jours, après être survenues brusquement, sans circonstance particulière, apparente pour les expliquer. A sept mois, la femme étant couchée, écoulement prématuré des eaux, puis travail qui aboutit à l'expulsion d'un enfant du poids de 1,460 grammes. Une demi-heure après, tentatives de délivrance par la sage-femme, tentatives qui eurent pour résultat la rupture du cordon. Transport de la femme à l'hôpital.

La contraction vigoureuse de l'anneau de Bandl ne permet pas d'introduire la main dans l'utérus. On procède à la dilatation par deux applications assez prolongées et suivies de tractions du

ballon de Champetier qu'on dilate successivement avec 350 à 360 et 420 grammes de liquide. La dilatation ainsi obtenue permet enfin à une élève sage-femme d'introduire la main dans l'utérus, de constater à la hauteur de la corne droite un nouvel orifice qui conduit dans une sorte de diverticulum constitué par cette corne, et dans lequel le délivre est enchatonné. Décollement du délivre, qui reproduit exactement le moule de ce diverticulum, a la forme d'une aumônière et pèse 320 grammes. Insertion vélamenteuse du cordon. L'utérus, examiné après l'accouchement, présentait un développement transversal remarquable, dû à ce que la corne utérine droite simulait comme une tumeur accrochée à l'utérus. Les particularités de ce fait, intéressantes à relever, sont : 1° les hémorrhagies qui, par leur manière de se produire, pouvaient faire penser à une insertion vicieuse du délivre ; 2° les difficultés de la délivrance en de semblables conditions et les avantages du ballon de Champetier pour produire une dilatation suffisante non seulement de la partie inférieure de l'utérus, mais, s'il était besoin, de l'orifice menant dans la loge anormale du placenta.

Discussion. A. HERGOTT signale qu'il existe au musée obstétrical de Nancy une pièce pathologique provenant d'un cas semblable au précédent : placenta contenu dans une corne utérine (la femme avait succombé). Sur cette pièce, on constate une différence d'épaisseur considérable entre la paroi de l'utérus (3 à 4 centim.) et celle de la corne utérine (4 à 5 millim.), différence qui explique l'enchatonnement. D'autre part, il espère que le ballon de Champetier, utilisé comme le conseille Maygrier, dispensera de la laparotomie préconisée par Schulze pour ces cas spéciaux. GAILLARD a observé, dans sa pratique, un cas d'enchatonnement placentaire. L'introduction de la main resta impossible. Mort par septicémie.

RIVIÈRE. **De la dystocie par tumeur fœtale sacro-coccygienne.** — Les faits de ce genre sont rares. Mais il importe de les bien connaître car, de la précision et de la précocité du diagnostic, dépend le plus souvent le succès. Deux observations que l'auteur rapproche, et dont le parallèle montre précisément toute l'importance qu'il y à dépister l'anomalie dont il s'agit, ont été le point de départ de ce travail. M. Rivière étudie successivement les conditions qui influent sur l'évolution du travail dans ces cas

soit: 1° *le volume de la tumeur*; 2° *sa nature anatomique*; 3° *son mode d'insertion*; 4° *le mode de présentation du fœtus*.

Il étudie ensuite soigneusement le diagnostic différentiel (ascite fœtale, rétention d'urine, placenta prævia, fibrome du segment inférieur, hydrocéphalie, grossesse gémellaire avec enclavement des deux têtes au détroit supérieur). Les conclusions sont les suivantes :

1° Une tumeur fœtale sacro-coccygienne peut par elle-même devenir cause de dystocie : *a*) par son volume exagéré ; *b*) par sa nature anatomique ; *c*) par son mode d'insertion sur le sacrum ; *e*) enfin, et surtout par le mode de présentation du fœtus.

2° La présentation de la tête est de toute la plus fréquente et la plus favorable, sauf tumeur très volumineuse, très dure ou sessile ; les trois pôles, tête, tronc, tumeur, traversent successivement la filière pelvienne.

3° La présentation du siège est par contre essentiellement défavorable : les pôles, siège et tumeur se présentent ensemble pour passer et ne peuvent le faire ; c'est une présentation assimilable à une présentation de l'épaule.

5° Il importe alors d'établir nettement le diagnostic et pour cela le moyen est d'introduire, sous chloroforme, la main tout entière dans l'utérus.

6° Le diagnostic établi, la conduite à tenir consiste à ramener la tumeur seule au détroit supérieur après avoir remonté le siège et à la tirer, première, au dehors.

7° Il faut, autant que possible, s'efforcer de conserver intacte la tumeur, le fœtus pouvant être viable, malgré la monstruosité dont il est atteint. Il ne faudrait cependant pas hésiter, en cas de besoin, à ponctionner ou à broyer même la tumeur, si par son volume ou sa consistance, elle faisait trop énergiquement obstacle à l'expulsion.

Discussion. Sur l'observation de Fochier que la manœuvre conseillée ne serait guère exécutable dans le cas de tumeurs séniles, Rivière répond qu'il a eu surtout en vue les tumeurs pédiculées.

QUEIREL. **Gripppe et puerpéralité** (1).

---

(1) Voir p. 127.

GAULARD. **Scarlatine et albuminurie gravidique.** — Plusieurs faits observés dans sa pratique personnelle ont conduit l'auteur à trouver un rapport de causalité étroit entre des accidents graves observés soit pendant la grossesse ou même durant les suites de couches (albuminurie, accidents urémiques, accouchement prématuré, etc.) et une scarlatine antérieure, remontant parfois à une date très ancienne, et depuis négligée sinon oubliée. Cette influence pathogénique, parfois considérable, capable de déterminer une issue funeste, justifie les considérations suivantes, exposées en matière de conclusion : « Une enfant a la scarlatine, bientôt tout le monde l'a oublié. En est-il resté quelque chose du côté des reins ? Personne ne songe à s'en occuper. L'enfant devenue femme et enceinte, devient malade ; famille, médecins s'étonnent tous de voir s'établir de l'albuminurie et de l'urémie. D'où cela peut-il bien provenir ?

« Quant à moi, je pense, maintenant, qu'il faut attacher plus d'importance à la scarlatine des petites filles. Je demande que de temps en temps, et pendant des années, on examine l'urine de celles qui ont été atteintes de cette fièvre et qu'on ne traite pas légèrement les douleurs lombaires survenues chez elles-mêmes, sans être accompagnées d'albuminurie. Quand une ancienne scarlatineuse (*même légère*) devient enceinte, il est plus nécessaire que jamais de surveiller ses reins. Je suis d'avis de soumettre toutes les femmes dans ces conditions à un régime lacté mitigé pendant leur grossesse. »

Discussion. BAR rappelle que les accoucheurs, en particulier Tarnier et Budin, ont cité des faits semblables à ceux communiqués par M. Gaulard. Il pense que, dans ces cas, il convient de ne pas prolonger trop longtemps après l'accouchement le régime lacté exclusif. GAULARD insiste à nouveau sur ce fait que, sur les trois cas qu'il a observés, deux fois le traitement lacté n'a pas été fait pendant la grossesse. Or, l'une des femmes est morte et l'autre a failli mourir. Au contraire, dans la troisième observation, où le régime lacté a été institué, femme et enfant ont été sauvés. RIVIÈRE insiste aussi, avec observations à l'appui, sur l'efficacité du régime lacté, comme moyen prévenant les accès éclamptiques.

(*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE

De l'infection intra-utérine dans le typhus abdominal. (Ueber intra-uterine Infection mit Typhus abdominalis). W. FREUND et E. LEVY. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 25.

Après un rappel succinct des travaux ayant trait au passage des bacilles typhiques de la mère au fœtus, les auteurs relatent une observation personnelle, intéressante.

Vers le milieu de la grossesse, une femme atteinte de fièvre typhoïde depuis quatre semaines, expulse, précisément au moment où les hautes hyperthermies avaient cessé depuis plusieurs jours, presque brusquement et sans cause manifeste, un fœtus vivant, qui est immédiatement, ainsi que le délivre, recueilli dans un récipient de verre, soigneusement préparé pour éviter toute contamination extérieure. Le fœtus succomba peu après. Marche du travail, suites de couches ne furent aucunement influencées par la maladie typhique, et *vice versa*.

Des cultures furent tout de suite faites, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires, avec du liquide splénique, du sang du cœur, du placenta. On mit également à cultiver un fragment de rate. *Or, ces cultures, auxquelles on s'efforça de donner toutes les conditions de précision et de pureté nécessaires, fournirent des résultats positifs, c'est-à-dire, montrèrent que les bacilles typhiques peuvent passer de la mère au fœtus.*

D'autre part, l'examen microscopique soigneux du placenta, de la caduque, permit d'exclure formellement l'hypothèse d'une endométrite récente, consécutive à la fièvre typhoïde, hypothèse *a priori* admissible en raison de certaines altérations du placenta et de la caduque, mais qui, après examen microscopique et études des antécédents, furent reconnues dépendre d'accidents d'endométrite antérieurs à la grossesse.

Au résumé, femme enceinte, atteinte de fièvre typhoïde à quatre mois environ de grossesse, fausse couche quatre semaines après le début de la maladie lorsque déjà les hautes hyperthermies ont cessé, expulsion d'un fœtus vivant mais qui succombe immédiatement après, délivrance normale; cultures multiples qui démontrent le passage du bacille typhique de la mère au fœtus, rien qui témoigne d'une endométrite aiguë de nature typhique; enfin, pas la moindre solution de continuité au niveau des villosités choriales.

Les auteurs se demandent pourquoi, si le sang maternel circule librement dans les espaces placentaires, on n'admettrait pas que

les bacilles puissent de là pénétrer dans les villosités, sans qu'il y ait, pour cette pénétration, nécessité d'une lésion anatomique ? « Les bacilles typhiques, ajoutent les auteurs, une fois arrivés dans l'organisme fœtal, causèrent une maladie septicémique, ainsi qu'il a été maintes fois observé dans la plupart des observations de contamination intra-utérine par la voie placentaire. Il n'y a là rien qui doive étonner. L'agent infectieux vient du sang et peut ne pas se cantonner dans l'intestin qui, pendant la vie fœtale, ne remplit pas encore les fonctions qui lui sont spécialement dévolues. Conditions semblables se rencontrent dans l'infection intra-utérine par le diplocoque pneumonique de Fraenkel. L'enfant arrive-t-il mort, il a succombé à une septicémie produite par le pneumocoque. Au contraire, naît-il vivant, il peut être atteint d'une véritable pneumonie (Netter, E. Levy). D'autre part, on rencontre dans la pathogénie des adultes, des infections par le bacille typhique sans phénomènes intestinaux (Vaillard et Vincent, Chantemesse et Widal, Du Casal). Enfin, on connaît bien ces faits de typhus, où les symptômes généraux sont de la plus haute gravité, où même la maladie se termine par la mort, tandis que les lésions de l'intestin sont insignifiantes.

R. LABUSQUIÈRE.

VARIÉTÉS

La seconde session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique aura lieu à Genève **dans la première quinzaine de septembre 1896**. C'est par erreur que quelques journaux ont annoncé cette session pour 1895.

Les questions officielles, pour lesquelles il a été choisi des rapporteurs de différents pays, sont les suivantes :

OBSTÉTRIQUE : *Fréquence relative et formes le plus souvent observées des rétrécissements du bassin selon les différents pays. — Traitement de l'éclampsie.*

GYNÉCOLOGIE : *Traitement opératoire des rétro-déviations utérines. — Suppurations pelviennes et leur traitement. — Mode de sutures des parois abdominales ; meilleur procédé pour éviter : abcès, éventrations, hernies, etc.*

En même temps que le congrès, aura lieu une exposition d'appareils et d'instruments se rapportant à l'obstétrique et à la gynécologie.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

DU TRAITEMENT INTRA-PÉRITONÉAL DU PÉDICULE, APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE, POUR FIBROMES UTÉRINS

Par le Dr **Lauwers**, à Courtrai.

La question du traitement du pédicule, après amputation de l'utérus myomateux, est loin d'être résolue. Toutefois, il est exact de dire que les partisans de la méthode extra-péritonéale perdent tous les jours du terrain, tandis qu'il existe, parmi les chirurgiens de tous les pays, une tendance manifeste à la suppression du moignon. Parmi les adeptes du procédé intra-péritonéal, les uns se sont convertis à l'hystérectomie abdominale totale; les autres, — je suis du nombre, — tenant compte des perfectionnements apportés à leur technique opératoire et de l'amélioration graduelle des résultats obtenus, sont demeurés fidèles à leurs convictions.

Persuadé de la gravité des symptômes occasionnés par les myômes, je me suis d'abord adressé aux méthodes de traitement les plus simples et les plus inoffensives : aux injections sous-cutanées d'ergotine, et à la castration ovarienne. J'ai abandonné ces deux méthodes : la première, parce qu'elle est parfois dangereuse, et presque toujours inefficace; la seconde parce que, loin d'amener constamment une dimi-

nution du volume des myômes, elle n'arrête pas même à coup sûr les hémorrhagies qu'ils provoquent.

J'ai eu recours ensuite au traitement radical, à la myomotomie. J'ai commencé par pratiquer le traitement intra-péritonéal du moignon dans trois myomotomies avec section des annexes et ouverture de la cavité utérine. J'ai eu deux insuccès (un avec le procédé à ligature élastique perdue, et un autre avec le procédé de Schrœder de Berlin). J'ai abandonné ce procédé, bien décidé à ne plus pratiquer de myomotomie, si je n'obteaais pas de meilleurs résultats avec la méthode extra-péritonéale. Au cours des soixante opérations que j'ai pratiquées ensuite, j'ai rencontré toutes les difficultés et toutes les complications imaginables : volume de la tumeur (tumeur de 22 et de 33 kilogrammes); siège intraligamentaire (dix cas, avec un décès) ; adhérences intestinales ; suppuration de la tumeur ; dégénérescences cancéreuse et sarcomateuse ; nécrobiose de la tumeur avec ascite ; enclavement dans le petit bassin ; grossesse concomitante (trois cas, sans décès); anémie aiguë ; épuisement des malades, etc. De mes soixante opérées, je n'en ai perdu que huit, soit une mortalité de 13 p. 100. Bien que ces résultats fussent supérieurs aux résultats publiés par la plupart des chirurgiens, j'ai abandonné la méthode extra-péritonéale à cause des inconvénients et des ennuis qu'elle entraîne : pansements multiples, suppurations de longue durée, exsudats péri-pédiculaires, obstruction intestinale, fistules abdomino-cervicales, cicatrices difformes, hernie de la ligne blanche, etc. Ayant observé tous ces accidents dans ma pratique, j'ai cherché et je crois avoir trouvé un procédé de traitement intra-péritonéal, offrant des garanties de succès au moins égales, sans présenter les inconvénients que je viens de signaler.

Avant de commencer la description de mon procédé, je tiens à déclarer que je n'ai nullement la prétention d'avoir fait une découverte. Si ma méthode diffère de tous les procédés que je connais, elle ressemble dans ses grandes lignes

à une foule d'autres méthodes, notamment à celle de Chrobak, de Fritsch, de Zweifel et de Richelot (1).

Désinfection comme à l'ordinaire. Il faut que la malade occupe la position, à bassin soulevé, de Trendelenburg, qui permet de manœuvrer avec la plus grande facilité jusqu'au fond du petit bassin.

La tumeur ayant été attirée hors du ventre, je commence par lier les annexes gauches en dehors de l'ovaire ; je place une pince hémostatique près du bord de l'utérus, et je coupe le ligament large à un centimètre en dedans de ma ligature. Il est bien entendu que cette section, tout comme les sections suivantes, ne peut entamer que le faisceau de tissu comprimé par la ligature. Au moyen de l'aiguille de Deschamps, je place une seconde ligature, embrassant le reste du ligament large, depuis le point où le premier fil a été placé, jusque tout contre le bord de l'utérus, puis je divise le ligament large dans toute l'étendue de cette ligature. Pour placer mon troisième fil, je me sers d'une aiguille de Deschamps à pointe acérée, permettant de traverser aisément le tissu utérin. La troisième ligature comprend cette partie du bord de l'utérus, dans laquelle rampent l'artère et la veine utérines ou les branches de ces vaisseaux. Après avoir coupé le faisceau lié, je pratique de la même manière la section des annexes du côté opposé. De cette manière la tumeur ne tient plus que par un pédicule dans lequel ne se trouve plus aucune artère importante. Alors je dessine, et je détache de la face antérieure de l'utérus, un lambeau péritonéal qui me permettra plus tard de recouvrir la surface du moignon. Je coupe le pédicule et j'excise profondément la muqueuse utérine. Il ne me reste plus qu'à réunir par une suture continue, à la soie fine, les deux lames péritonéales du ligament large, de manière à emprisonner les ligatures qui ont été placées sur ce ligament. Arrivé au bord de l'utérus, je recouvre la surface de section du pédicule avec mon lambeau

(1) *Annales de gynécologie*, 1893, p. 548.

péritonéal, que je suture au bord postérieur du moignon, et je termine par la suture séro-séreuse du ligament large du côté opposé. L'opération terminée, le moignon utérin fait à peine relief sur le niveau du péritoine pelvien.

Si l'on admet avec M. Richelot que « le meilleur pédicule présente encore des inconvénients, sinon des dangers », il est logique de le supprimer et de pratiquer l'hystérectomie abdominale totale. Mais je ne puis, pour ma part, admettre cette proposition sans réserves. Assurément, nos anciens pédicules, longs de plusieurs centimètres, troublés dans leur vascularisation par la constriction élastique provisoire, en partie nécrosés par l'application du thermo-cautère et l'introduction de sutures multiples, exposaient nos malades au double danger de l'hémorrhagie et de l'infection septique. Mais il n'en est plus de même de ces petits moignons secs, à peine gros comme le pouce, que nous avons appris à façonner et que nous recouvrons, par surcroît de précaution, d'un lambeau péritonéal. Suppression de l'emploi du lien élastique provisoire ; ligature correcte des artères ovariques et utérines ; suture séro-séreuse du ligament large d'un bout à l'autre du petit bassin, en ayant soin de comprendre dans cette suture la surface de section du pédicule utérin, tels sont, me semble-t-il, les avantages que présente la méthode que je viens de décrire.

La justesse de ces considérations est corroborée par les résultats que j'ai obtenus. La série des opérations que j'ai faites par mon procédé de traitement intra-péritonéal comprend *vingt-six cas*. Je n'ai perdu qu'une malade, mais dans des conditions telles que ni l'hystérectomie, ni la méthode ne saurait être incriminée. Toutes mes autres malades ont eu une convalescence normale, apyrétique. J'attache la plus haute importance à cette constatation, qui me paraît donner la mesure exacte de la bénignité de l'intervention opératoire. Chez la plupart de mes opérées, j'ai observé un pouls fort lent, parfois plus lent qu'avant l'opération, un pouls tel qu'on l'observe souvent après des accouchements

normaux. Les suites ultérieures, non plus, n'ont rien laissé à désirer. De toutes les malades que j'ai revues ou qui m'ont donné des nouvelles, après leur départ, il n'en est pas une seule qui ait accusé la plus légère souffrance. Toutes se sont déclarées radicalement guéries.

Je ne veux pas ennuyer les lecteurs des *Annales de gynécologie* par la description de mes vingt-six observations. Toutefois il en est qui présentent un certain intérêt.

Dans la *première observation*, j'ai encore appliqué le lien élastique provisoire et j'ai cautérisé le moignon avant de le coiffer du lambeau péritonéal. La malade, une jeune fille de 32 ans, eut une convalescence parfaite. Son myôme pesait 3 kilogr.

Ma *seconde opérée* n'avait pas de myôme, et c'est une erreur de diagnostic qui m'a amené à pratiquer l'amputation supra-vaginale de l'utérus. C'était une petite femme très maigre, très chétive, qui gardait le lit depuis plus d'un mois, perdant en abondance tantôt du sang mélangé de caillots, tantôt du liquide roussâtre, très fétide. Elle était âgée de 54 ans, et le dernier de ses 13 accouchements datait de plus de douze ans. A l'examen, je trouvai le col long, entr'ouvert; le corps de l'utérus était notablement augmenté de volume, sphérique, tendu. Croyant soit à un myôme gangrené, soit à un cancer du corps de l'utérus, je fis la laparotomie, sans pousser plus loin mes investigations, et je pratiquai l'amputation supra-vaginale de l'utérus, suivant le procédé que je viens de décrire. Durée de l'opération : 30 minutss. La cavité utérine renfermait une môle vésiculaire.

La convalescence de ma malade fut marquée par un accident assez rare. Le dixième jour, la plaie abdominale, dont j'avais enlevé les sutures quelques heures auparavant, se rouvrit dans toute sa longueur, mettant à nu l'épiploon et les anses intestinales. La plaie fut suturée avec soin, une deuxième fois, et la malade fit une nouvelle convalescence normale.

Mes *quatre observations suivantes* n'offrent rien de saillant.

Ma *septième opérée* succomba, comme je l'ai déjà dit, à une infection accidentelle, indépendante du pédicule. Je lui avais enlevé, sans aucune difficulté, un myôme de 5 kilogr., lorsqu'à la fin du troisième jour, elle fut prise de fièvre, avec pouls fréquent, mais sans vomissements ni météorisme. La fièvre augmenta les jours suivants, et la malade succomba le septième jour après l'opération. A l'autopsie, je trouvai une volumineuse collection purulente, très fétide, entre l'épiploon et la paroi abdominale antérieure. Au fond du petit bassin, pédicule intact. Or, j'avais opéré l'avant-veille une malade atteinte de cancer du col de l'utérus, chez laquelle le corps de la matrice, par suite de sténose de l'orifice interne, était distendu par une énorme quantité de pus. Dans les deux cas, le pus avait la même consistance, la même couleur, la même odeur fétide. Bien qu'aucun examen bactériologique n'ait pu être fait, je n'hésite pas à attribuer cet accident à une infection provoquée par inoculation du pus de ma première opérée. Cette manière de voir est corroborée par ce fait, qu'ayant pratiqué près de 400 laparotomies, je n'ai jamais observé d'accidents analogues : j'ai plusieurs décès par infection septique à regretter, mais jamais, sauf dans le cas présent, je n'ai observé de péritonite purulente, ni généralisée, ni circonscrite.

Ma *huitième opérée,* âgée de 54 ans, non mariée, présenta un accident que j'ai encore observé dans ma vingt-quatrième observation. Je lui avais enlevé un myôme de 4 kilogr. et demi, et elle se portait fort bien, avec un pouls à 72 et une température normale, lorsque, le dixième jour, en enlevant le pansement, pour ôter les fils, je trouvai, entre les deux sutures supérieures, une masse rouge, étalée en forme de champignon, et constituée par une hernie de l'épiploon. Après m'être assuré qu'aucune anse intestinale n'était engagée dans la tumeur, je réséquai la masse herniée au-devant d'une double ligature au catgut. Suites normales.

Mes *cinq observations suivantes* ne présentent aucun intérêt.

Dans la *quatorzième*, il s'agissait d'une femme, âgée de 54 ans, qui portait depuis des années un volumineux myôme, lorsqu'elle fut prise brusquement d'un violent accès de péritonite, avec météorisme, vomissement, fièvre à 40° C., pouls fréquent, à 140. Je lui enlevai sa tumeur, la fièvre tomba dès le lendemain. Le myôme pesait 6 kilogr., et il était le siège d'une infiltration œdémateuse fort prononcée.

Parmi les douze observations qui restent, les trois dernières seules méritent une mention particulière.

Dans la *vingt-quatrième observation*, il s'agissait d'une malade, atteinte de tuberculose pulmonaire chronique fort avancée. La tumeur qu'elle portait dans le ventre avait pris en quelque temps un volume considérable; cette tumeur était régulière, arrondie, rénitente et même fluctuante par endroits. Ces considérations avaient fait pencher le médecin traitant vers le diagnostic de kyste ovarique. De mon côté, eu égard aux renseignements fournis par l'exploration bimanuelle, je crus à un myôme œdémateux. Le développement rapide de la tumeur nous parut une indication suffisante pour intervenir. Il s'agissait bien d'un myôme œdémateux du poids de 7 kilogr., la malade supporta fort bien l'opération. Seulement, à la suite d'efforts de toux incessants, il se produisit une petite hernie épiploïque, qui fut réséquée sans accidents.

Ma *vingt-cinquième observation* concerne une malade atteinte d'un volumineux myôme, compliqué de grossesse à trois mois environ. Amputation supra-vaginale de l'utérus gravide. Convalescence normale.

Dans ma dernière opération, qui est la plus intéressante, j'ai pu enlever facilement et traiter suivant ma méthode un myôme intra-ligamentaire de 7 kilogr., qui soulevait la vessie jusque près de l'ombilic. Voici la marche de l'opération : après ligature et section bi-latérale des annexes, énucléation de la tumeur par une incision transversale du péritoine d'enveloppe, pratiquée au-dessus du sommet de la vessie. Cette décortication achevée, il me fut aisé de lier et

de couper les artères utérines le long des bords de l'utérus. La section du col utérin, et la suture du lambeau péritonéal antérieur au bord postérieur du moignon terminèrent l'opération. Convalescence parfaite.

L'OSTÉOMALACIE PUERPÉRALE

Par le Dr **Guillaume Rossier**, Privat docent de gynécologie à l'Université de Lausanne.

La nature et le traitement de l'ostéomalacie ont été, ces derniers temps, l'objet d'études spéciales qui sont venues éclairer certains points encore obscurs de cette curieuse maladie. Je n'ai nulle intention de présenter ici l'histoire de cette affection, déjà imparfaitement connue des médecins grecs et arabes, et décrite seulement au commencement de ce siècle par Kilian ; après lui, les publications se multiplièrent si bien qu'en 1861 Litzmann pouvait en rassembler 131 observations et que 12 ans après Hennig en publiait 149 nouvelles. Dès lors, l'intérêt étant éveillé, on ne les compte plus. De tous côtés surgissent des publications sur la répartition géographique, l'étiologie, l'histologie, enfin le traitement de l'ostéomalacie, et, chose curieuse à dire, le moyen presque infaillible de la guérir a été trouvé alors que l'on n'est pas encore d'accord sur sa nature intime.

Je ne parle ici que de l'ostéomalacie puerpérale qu'il faut distinguer des cas très rares de ramollissement osseux en dehors de la grossesse et des couches.

Le début de la maladie, son caractère insidieux sont connus : douleurs lancinantes, indéterminées dans le dos, les hanches, les régions inguinales, augmentées par la marche ou la pression, et s'étendant peu à peu au thorax, aux épaules, aux fémurs.

On a décrit la démarche du tabes, de la paralysie agitante, de la pseudo-hypertrophie musculaire ; l'ostéomalacie a aussi la sienne propre. Les deux éléments de cette démarche

sont la douleur et les modifications pelviennes; d'un côté les malades, pour éviter tout choc, tout mouvement rapide traînent les pieds, en les glissant sur le sol; de l'autre, les acétabula étant déplacés, elles ne maintiennent leur équilibre qu'en portant le corps en avant, en immobilisant les cuisses et en fauchant, pour ainsi dire, alternativement avec chaque côté du bassin.

Enfin, la marche devient impossible, tout attouchement est douloureux. La malade ne quitte plus le lit; son immobilité forcée entraîne parfois le décubitus et ses conséquences.

Les déformations du thorax favorisent les bronchites et la phtisie.

L'augmentation des réflexes, décrite d'abord par Trousseau, vient s'ajouter à ce tableau; les contractures fréquentes des adducteurs, et la paralysie des iléo-psoas ont été notées récemment par Latzko.

Les déformations pelviennes ne sont pas toujours, comme on le croit, le symptôme prédominant; j'en ai vu d'énormes comme, par exemple, un bassin réduit au diamètre transverse de 2 centim. à son aperture inférieure, mais toujours leur degré dépend du moment où la malade a cessé de marcher.

Souvent une ostéomalacie débutante a été traitée comme rhumatisme ou maladie médullaire, jusqu'à ce que les déformations du thorax et du bassin soient venues éclairer le diagnostic.

D'habitude la maladie avance par étapes que marquent es grossesses, et chaque fois c'est une exacerbation de plus en plus forte des symptômes. Enfin, la mort survenait presque toujours (il n'en est plus de même aujourd'hui) soit par dystocie, soit par le marasme.

Les faits que je viens de rappeler brièvement sont bien connus.

L'origine de la maladie, par contre, n'est pas encore parfaitement élucidée, malgré le zèle qu'on a mis à la rechercher,

Après les résultats si étonnants de la castration, il semblait naturel de faire aussi l'examen microscopique des ovaires. J'ai entrepris ce travail et suis arrivé aux mêmes résultats que von Velits dont les observations parurent avant la publication de mes recherches dont voici un court résumé.

- La couche épithéliale de l'ovaire ne présente rien d'anormal.

Dans la substance corticale j'ai constaté par comparaison, à diverses reprises, que le nombre des follicules correspond parfaitement à celui de l'ovaire normal d'une femme de même âge.

Les modifications les plus notables se trouvent dans la substance médullaire. L'augmentation en nombre et en volume des vaisseaux sanguins m'a frappé dès l'abord. A certaines places on n'aperçoit qu'une agglomération de vaisseaux. Tantôt leurs parois sont d'épaisseur normale, plus souvent leurs tuniques moyenne et externe sont remarquablement épaissies et se montrent sous forme de couches concentriques avec des noyaux nombreux et bien colorés. Tantôt encore les couches concentriques ont disparu, leurs noyaux ne se distinguent plus et la paroi du vaisseau se compose d'une masse hyaline, homogène, brillante. Les noyaux qui persistent le plus longtemps sont ceux de l'endothélium.

Outre les modifications profondes et si remarquables de la paroi vasculaire, on voit des régions où même le tissu connectif qui porte les vaisseaux a subi cette dégénérescence hyaline (1).

Nous voyons ainsi que les différents éléments de l'organisme ont été passés au crible pour trouver l'origine de l'ostéomalacie.

Faisons maintenant notre état de situation. Qu'avons-nous

---

(1) Pour plus de détails voir : *Archiv für Gynäkologie*, Bd. XLVIII, H. 3, 1895. Anatomische Untersuchung in Fallen von Osteomalacie, von D[r] ROSSIER.

acquis par ces recherches multiples ? Destruction de la substance osseuse; dans les ovaires, dégénérescence hyaline des vaisseaux; augmentation des cellules éosinophiles et diminution de l'alcalinité du sang ; rapport éclatant entre l'ovulation, la grossesse, les couches et l'ostéomalacie.

Ces résultats nous conduisent au fait si frappant de la guérison radicale de l'ostéomalacie par l'extirpation des ovaires.

Le 4 janvier 1887, Fehling fit la première castration dans un cas d'ostéomalacie. Elle fut suivie d'un plein succès. Il avait remarqué que toutes les opérées par la méthode de Porro (extirpation de l'utérus et des ovaires) qui avaient survécu à l'opération, avaient été complètement guéries de leur affection osseuse, tandis que l'opération césarienne faite d'après la méthode conservatrice ne guérissait pas les malades. Il en conclut que la perte des ovaires, entraînant la cessation de l'ovulation, de la grossesse et de ses suites, produisait ce résultat favorable. Fehling avait ainsi tracé la voie; beaucoup d'opérateurs s'y engagèrent après lui, et dès lors, sauf de rares exceptions, les guérisons n'ont cessé d'être aussi brillantes.

J'ai soigné une malade, complètement infirme depuis plus d'un an, couchée sur le côté gauche, repliée sur elle-même, les crêtes iliaques touchant les dernières côtes, incapable de faire le moindre mouvement, poussant des cris au moindre attouchement, qui le lendemain de la castration, avait presque perdu la sensibilité des os du thorax et qui, deux mois après l'opération, rentrait chez elle, marchant sans douleurs, appuyée seulement sur un bâton.

La guérison immédiate étant désormais un fait certain, on pouvait encore se demander si elle est définitive. La réponse vient d'être donnée par Fehling.

Sur 12 de ces cas qui ont pu être suivis, 10 sont guéris complètement depuis deux à sept ans ; 2 malades ont été assez améliorées pour pouvoir vaquer à leurs occupations et marcher sans que leurs douleurs aient toutefois absolument

disparu. Sur 5 opérées par la méthode de Porro, 4 sont complètement guéries et l'une a légèrement récidivé.

La littérature depuis 1887 a fourni à Truzzi 97 castrations pour ostéomalacie ; il indique 83 p. 100 de guérison complète pour 52 cas contrôlés pendant plus d'une année.

Ce chiffre concorde avec la statistique de Fehling qui donne 82 1/2 p. 100.

Nous pouvons donc aujourd'hui opposer 80 p. 100 de guérison de cette terrible maladie à la mortalité de 80 p. 100 accusée par Litzmann avant la castration.

Si la castration nous offre un remède certain, est-ce à dire que nous devions la pratiquer dans tous les cas d'ostéomalacie ? A coup sûr, pas. Certaines règles d'hygiène ont modifié à la longue l'état sanitaire de quelques endroits où l'ostéomalacie était endémique, si bien qu'elle en a disparu. Mais nous avons à notre disposition un remède interne qui peut guérir au début : le phosphore.

Ce dernier, donné à la dose de 1 à 4 milligrammes par jour pendant plusieurs mois, devra être essayé en premier lieu. Si, au bout de quelques mois, le phosphore ne produit aucun résultat, la castration s'impose. Il n'est pas bon de tarder trop longtemps, car il s'agit d'éviter l'apparition de la tuberculose dans un organisme débilité, qui y est prédisposé par l'ostéomalacie.

S'il y a étroitesse pelvienne considérable, nous aurons à pratiquer, suivant les cas, l'avortement artificiel, l'accouchement prématuré ou plutôt l'opération césarienne par la méthode de Porro.

Les cas graves d'ostéomalacie sans grossesse qui résistent à tous les traitements internes, réclament impérieusement la castration.

Les succès obtenus récemment dans le traitement de certaines affections du sang par la moelle osseuse m'engageraient, vu les modifications du sang et des os que je viens de rappeler, à essayer dès la première occasion cette nouvelle méthode de traitement dans les cas d'ostéomalacie.

En terminant, je ne puis passer sous silence la théorie de Fehling qui répondait le mieux à l'ensemble des faits que je viens d'exposer. Pour lui, l'ostéomalacie est une trophoneurose des os, ayant son point de départ dans les ovaires et réagissant sur la constitution du sang par l'intermédiaire de la moelle osseuse. Le rapport de cette maladie avec les fonctions génitales est bien évident : elle ne se rencontre pas avant l'apparition des époques; les douleurs qui l'accompagnent sont souvent augmentées par les règles, et enfin quand, pour une cause quelconque, l'ablation des ovaires a été incomplète, il y a souvent des douleurs osseuses périodiques, revenant tous les mois avec ou sans l'apparition du flux cataménial.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE TRAITEMENT PAR LA VOIE VAGINALE ET L'ABLATION DE LA TROMPE MALADE DANS LES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES AVEC RUPTURE DU KYSTE FŒTAL

Par **R. Condamin** (de Lyon)
Professeur agrégé à la Faculté.

Nous nous proposons dans cet article de faire connaître et de vulgariser un point particulier de thérapeutique suivi à la clinique gynécologique de Lyon, à savoir le traitement par la voie vaginale des hématocèles et des grossesses extra-utérines accompagnées de rupture du kyste fœtal, ce qui généralement est tout un, avec ablation de la trompe rupturée. Nous laissons, bien entendu, de côté les cas où le kyste tubaire fœtal est intact et doit être l'objet, suivant son volume, d'une intervention par la voie abdominale, s'il est libre, comme un kyste de l'ovaire, ou d'une ponction avec débridement vaginal, s'il est petit et inclus dans le cul-de-sac de Douglas.

Il est admis, d'une façon générale actuellement, que neuf fois sur dix les hématocèles pelviennes ne sont pas autre

chose que des grossesses extra-utérines interrompues par la rupture du kyste tubaire. Il en serait de même aussi pour les hémato-salpinx. C'est un point qui a été bien mis en relief par les interventions précoces pratiquées par voie abdominale et aussi par les examens histologiques des trompes enlevées. Pilliet, de Paris, a insisté sur ce fait. C'est que, dans la grande généralité des cas, le fœtus constitué par une sorte de tissu mucilagineux sans consistance et sans résistance, était résorbé en totalité, sans laisser de traces de son existence, tandis que le placenta, au contraire, restait adhérent à la paroi tubaire et pouvait être révélé par un examen soigné, sous forme de villosités parfaitement reconnaissables au microscope. Quelquefois, une hémorrhagie intra-salpingienne vient interrompre la grossesse, et cet avortement tubaire se manifeste par un écoulement de sang à travers l'ostium uterinum d'abord et l'utérus ensuite. La gravité des symptômes locaux et généraux est faible ; le fœtus finit par se résorber, le placenta persiste plus longtemps et la guérison survient soit spontanément, soit par une intervention abdominale, ou plus simplement une ponction avec débridement vaginal par la méthode de Laroyenne. Je n'insiste pas sur cette première forme, pas plus que sur celle dans laquelle le fœtus continue à se développer sans rompre le kyste.

Dans une seconde catégorie de faits, la rupture de la trompe renfermant un fœtus de un à deux mois, se fait sans donner lieu à des troubles bien marqués : c'est généralement à l'époque d'une période menstruelle brusquement interrompue que survient l'accident: quelques douleurs plus ou moins irradiées, un peu de fatigue générale et tout rentre dans l'ordre; si l'on examine la malade à ce moment on constate dans le cul-de-sac de Douglas une collection du volume d'un poing, plus ou moins résistante, difficile à délimiter, qui guérit spontanément sous l'influence du repos et de quelques révulsifs. Il s'agit ici néanmoins d'une grossesse extra-utérine rompue, et le cas est fréquent. Si, au lieu de la résolution et de la résorption,

la suppuration survient par le fait d'un mauvais état général, d'une infection locale récente ou ancienne, l'intervention est de rigueur et la ponction avec le débridement vaginal aura raison facilement de cette complication qui reste dans le cadre des suppurations pelviennes qui viennent faire saillie vers le vagin en montrant au chirurgien la voie qu'il doit suivre. C'est donc une erreur absolue de croire que toute grossesse extra-utérine doive se terminer par un cataclysme, c'est-à-dire par une hémorrhagie souvent foudroyante, toujours extrêmement grave. La chose cependant peut arriver et l'épanchement sanguin peut déterminer une hématocèle survenant en une ou plusieurs poussées et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Les symptômes généraux sont graves en telle occurrence. La malade présente un état anémique pouvant aller jusqu'à la syncope ; il survient fréquemment des vomissements dus tout autant aux phénomènes d'anémie cérébrale que d'irritations péritonéales par les caillots sanguins. A lire les classiques, la malade est perdue si le chirurgien n'intervient pas à ce moment pour arrêter l'hémorrhagie, et si une laparotomie n'est pas pratiquée d'emblée sur une malade moribonde. C'est contre cette dernière affirmation et contre la laparotomie d'urgence, c'est-à-dire presque toujours faite dans de mauvaises conditions d'antisepsie, que je tiens à protester en me basant non seulement sur une expérience personnelle encore bien courte, mais surtout en m'appuyant sur la longue pratique de mon excellent maître, le professeur Laroyenne.

Le professeur Laroyenne a eu un très grand nombre de fois l'occasion d'observer ces ruptures tubaires avec phénomènes cataclysmiques, suivant l'expression de Barnes : jamais il n'a vu les malades succomber à l'hémorrhagie quand on les laissait au repos et dans une position immobile. Les symptômes généraux sont évidemment graves ; les malades syncopent fréquemment, leur pouls est à peine perceptible, leur face blanchie par l'anémie les fait presque ressembler à des cadavres. Mettez-les au repos, la tête un

peu basse, le ventre recouvert d'une vessie de glace et vous les verrez petit à petit revenir à elles-mêmes. La femme fait si facilement du sang! Au bout de quelques jours les conditions opératoires seront tout autres. D'abord l'épanchement sanguin se sera *limité* par des adhérences qui se seront formées entre les anses intestinales qui, d'abord flottantes au-dessus de ce caillot colossal, se sont ensuite agglutinées entre elles. L'hémorrhagie s'est arrêtée d'elle-même, parce que d'abord des caillots sont venus oblitérer les vaisseaux déchirés en même temps que la trompe, et ensuite parce qu'au bout d'un certain temps la pression abdominale, augmentée par la présence de l'épanchement, arrive à faire équilibre à la pression sanguine qui, elle, au contraire, par le fait de l'hémorrhagie, a diminué. Cet arrêt spontané de l'hémorrhagie, surtout s'il s'agit de grossesses extra-utérines des premiers mois, est important à connaître ; car c'est sur lui qu'est basée la thérapeutique rationnelle de l'affection. Les partisans de l'intervention immédiate par la laparotomie prétendent que l'hémorrhagie n'a pas de tendance à s'arrêter, c'est faux. Le fait pourrait être vrai s'il s'agissait d'une rupture tubaire au cinquième ou sixième mois d'une grossesse extra-utérine ; mais on sait combien ce cas est rare; au contraire, les ruptures précoces sont très fréquentes et toutes les publications récentes sur ce point en font foi. La laparotomie dans de telles circonstances est, suivant l'expression de Laroyenne, une opération détestable ; c'est ce que je vais tâcher de démontrer. C'est une opération qui sera pratiquée sur des malades à peu près exsangues, qui supporteront mal une intervention, bénigne en temps ordinaire, mais grave sur une moribonde.

Au moment où le chirurgien intervient, l'hémorrhagie est généralement arrêtée ou sur le point de l'être par le mécanisme que j'ai indiqué. L'opération aura pour effet de faire cesser cette pression abdominale et d'enlever les caillots obstructeurs. Pendant tout le temps où l'opérateur enlèvera les caillots, cherchera le point qui saigne, point toujours

difficile à trouver, la malade perdra les dernières gouttes de sang qui l'empêchaient de tomber en syncope définitive. Je suppose que le chirurgien a été assez heureux, ou si l'on veut assez habile pour faire rapidement l'hémostase, il lui faudra encore, s'il ne veut perdre ensuite sa malade d'infection, faire une toilette soignée du péritoine, enlever des caillots souvent adhérents aux intestins et cela sur une malade dont le pouls est imperceptible.

Ce n'est pas tout encore : Dans le plus grand nombre des cas, il sera obligé de drainer largement avec un Mikulicz qui sera en même temps hémostatique et alors tous les dangers d'une infection secondaire, toutes les craintes d'une suppuration prolongée, toutes les appréhensions d'une éventration ultérieure devront hanter son esprit. Tel est le tableau un peu noir peut-être, mais en tous cas exact des dangers de la laparotomie; aussi M. le professeur Laroyenne en se basant sur ce fait que lui a appris son immense expérience, à savoir que dans la généralité des cas et la totalité de ceux qui surviennent pendant les premiers mois, c'est-à-dire les plus fréquents, l'hémorrhagie s'arrête spontanément, emploie-t-il le traitement suivant qui lui a toujours donné des succès : Il laisse la malade dans des conditions de repos absolu avec déclivité du corps du côté de la tête pendant tout le temps des grandes menaces ; il permet ainsi à la malade de se remonter en insistant sur les *moyens* habituels. Lorsqu'il n'y a plus de crainte du côté de la syncope cardiaque et qu'il peut compter sur un état général suffisant, la malade est endormie à l'éther et traitée suivant sa méthode générale de thérapeutique des collections pelviennes. Ponction avec le trocart spécial de M. Laroyenne : débridement vaginal avec le métrotome. Puis nettoyage aussi complet que possible du foyer hémorrhagique, ce qui présente sur la voie abdominale toute une série d'avantages :

En raison des adhérences formées par les anses intestinales au-dessus du foyer hémorrhagique, la cavité drainée par le vagin, restera jusqu'à un certain point en dehors de

la grande séreuse, ce qui n'a pas lieu avec la laparotomie. Le cul-de-sac recto-utérin constitue un point de déclivité maxima qui empêche aux liquides exsudés, aux caillots plus ou moins ramollis et incomplètement détachés de stagner dans la cavité abdominale.

Cette immense poche,hématique, quelquefois qui remonte au-dessus de l'ombilic, en communication avec le vagin qu'on arrive qu'incomplètement à désinfecter, semble effrayer les partisans de la voie abdominale ; mais ils ignorent que cette poche n'existe que tant qu'elle est pleine de caillots. Vingt-quatre heures après son évidement, elle n'existe plus ; les anses intestinales, la pression abdominale refoulent son dôme supérieur vers le vagin ; c'est ce que l'on constate de la façon la plus nette, quand on enlève l'éponge qui a servi à assurer l'hémostase. Ainsi se trouvent réduites à néant les appréhensions d'un drainage insuffisant. Les poches les plus volumineuses, ouvertes par la méthode de Laroyenne, c'est-à-dire par la voie vaginale, se comblent ainsi d'elles-mêmes.

La toilette de la cavité, peut être moins complète que si elle s'effectuait après la laparotomie et cela pour deux raisons : la première c'est qu'on reste en dehors de la grande cavité péritonéale ; la seconde, c'est que le drainage est établi au point de déclivité maxima. Néanmoins M. Laroyenne recommande de procéder dans ce genre d'intervention avec une minutie antiseptique toute particulière à cause de la possibilité et même de la facilité avec laquelle s'infecte une telle cavité. L'infection avec un bon drainage vaginal n'aurait que des inconvénients modérés ; mais c'est un fait certain, c'est que celle-ci arrive plus facilement après une hématocèle qu'après le débridement d'une collection purulente.

Je crois que dans les ruptures de kyste fœtal tubaire, i faut compléter la méthode de M. Laroyenne par l'ablatioı de la trompe rompue et de l'ovaire adjacent. Ces annexeı pourront être dans certains cas la cause d'une nouvelle grossesse intra-utérine et ensuite pourront, s'il y a réten-

tion placentaire dans la trompe, amener un état de septicémie analogue à celui que l'on observe dans les rétentions utérines. Un autre point à considérer aussi est le suivant : si l'on laisse la trompe malade et l'ovaire, cause de la grossesse intra-utérine on aura à redouter pour l'avenir des phénomènes douloureux par suite de l'enclavement de ces organes dans les exsudats et les fausses membranes qui tapisseront la poche rétractée. C'est cette ablation d'annexes que nous avons, avec M. le professeur Laroyenne, pratiquée par le vagin dans trois cas et nous croyons avoir par cela même abrégé la durée du traitement, tout en mettant les malades à l'abri d'un accident de même nature.

Telle est la manière de voir et la conduite thérapeutique de M. le professeur Laroyenne. Il est facile de résumer en quelques propositions ces différents points :

1° La grossesse extra-utérine est la cause presque toujours des hématocèles.

2° La rupture d'un kyste fœtal tubaire est loin de s'accompagner toujours de phénomènes cataclysmiques et d'hémorrhagies foudroyantes comme le veulent les classiques; nombre d'entre elles passent inaperçues, d'autres donnent lieu à des hématocèles de petit volume; quelques-unes enfin donnent naissance à des épanchements plus considérables.

3° Les hémorrhagies consécutives à des ruptures tubaires survenues dans les premiers mois s'arrêtent spontanément.

4° L'intervention opératoire est contre-indiquée pendant la période cataclysmique. A moins qu'il ne s'agisse de rupture après grossesse extra-utérine datant de plus de quatre mois, ce qui est exceptionnel.

5° Il faut attendre que le foyer sanguin se soit bien enkysté et que l'état général de la malade, forcément très anémiée, se soit remonté.

6° L'intervention de choix est la ponction et le débridement vaginal avec ou sans ablation des annexes malades.

7° La voie abdominale doit être rejetée dans la généralité des cas, comme plus grave, moins efficace, entraînant un traitement prolongé avec menaces multiples pour le présent et l'avenir.

Obs. I. — *Salpingite suppurée. Ponction et débridement. Guérison. Grossesse extra-utérine (hématocèle). Nouvelle ponction. Ablation de la trompe par le vagin.* (Condamin.)

Ch. M..., âgée de 21 ans, giletière, demeurant à Lyon, passage Saint-Pothin.

Bonne santé habituelle, réglée à 12 ans, et depuis assez irrégulièrement. A eu un accouchement à terme en 1893 ; a eu depuis une fausse couche et depuis ce moment souffre du ventre. Premier séjour à la Charité en mars 1894, où on lui pratiqua une ponction avec débridement par la méthode de Laroyenne, pour une salpingite suppurée. Pas d'incident, un mois après la malade était assez remise et rentrait chez elle. Elle ne souffrait plus du tout : en avril ses règles manquent : elle présente tous les symptômes d'un début de grossesse, qui ne l'étonne nullement. A la fin de mai, elle est prise brusquement de douleurs abdominales extrêmement vives avec tendances à la syncope et au collapsus.

On l'apporte à la Charité à peu près mourante. Le pouls était insignifiant : on ne juge pas une intervention opportune à cause de l'état de faiblesse général. Repos absolu. Glace sur le ventre qui est météorisé, potion stimulante.

Le lendemain et le jour suivant l'état général s'améliore. On constate une masse volumineuse occupant le cul-de-sac gauche et le cul-de-sac rétro-utérin. La tuméfaction remonte jusqu'à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

28 mai. Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Il s'écoule une grande quantité de sang noirâtre avec des caillots. M. Condamin, après la toilette de la cavité hématique avec l'éponge, fait l'exploration de la poche et réussit à amener dans le vagin une masse molle adhérente aux parois latérales : On en fait l'excision après avoir placé une pince courbe sur le pédicule : on s'aperçoit alors manifestement qu'il s'agit d'une trompe rompue, présentant dans un point de sa cavité une petite masse granuleuse ayant toutes les apparences d'un placenta.

Une éponge est placée dans la cavité pour arrêter l'hémorrhagie, qui est assez abondante.

L'état général de la malade reste assez précaire pendant quelques jours, puis elle reprit le dessus et rapidement la grande cavité hématique diminua de volume.

18 juin 1894. La malade quitte le service ; elle ne souffre plus et marche sans peine. La grande cavité précédemment ouverte ne peut contenir qu'une mèche de gaz iodoformée assez petite.

25 juillet. La malade est revue La dernière mèche de gaze iodoformée est tombée et la cavité complètement oblitérée.

La malade a repris son travail et sa vie habituelle qui paraît sujette à caution au point de vue des ménagements génitaux qu'on lui recommande.

16 octobre 1894. La malade est revue. Les culs-de-sac sont souples à la pression. L'état général de la malade s'est complètement transformé. Elle marche plusieurs heures sans souffrir. Elle fait de grandes difficultés pour se laisser examiner, disant qu'elle n'est plus malade.

Obs. II. — *Grossesse extra-utérine. Rupture du kyste tubaire. Ponction. Débridement vaginal. Ablation de la trompe rompue.* (Laroyenne.)

R. S..., 43 ans. Bonne santé habituelle, toujours bien réglée. A eu quatre enfants et des couches toujours normales. Il y a trois mois (juillet 1894) ses règles n'ont pas paru. Les seins ont grossi un peu. Pas de troubles digestifs sympathiques.

Au milieu de septembre 1894, elle est prise brusquement d'une douleur très vive dans le bas-ventre qui l'oblige à garder le lit. Huit jours après, nouvelle poussée douloureuse avec affaiblissement progressif.

Troisième poussée le 4 octobre 1894.

On l'apporte très gravement malade à la Charité.

Elle prend des syncopes fréquemment : on la met au repos absolu, la tête un peu basse, en raison de l'état d'anémie cérébrale qu'elle semble présenter.

On constate à un examen forcément un peu superficiel, qu'il existe un peu d'empâtement dans le cul-de-sac de Douglas, qui est douloureux. Pas de pertes sanguines sous l'influence du repos, son état s'améliore, mais elle présente un peu de fièvre.

17 octobre 1894. A l'examen, on constate dans le cul-de-sac postérieur et un peu à gauche, une masse rénitente, deux dans certains points paraissent former corps avec l'utérus à la pression.

Opération. — La malade quoique encore assez faible est endormie à l'éther. Ponction et débridement par la voie vaginale. Écoulement d'abord d'un liquide noirâtre, sanguinolent. On extrait avec une cuiller une certaine quantité de gros caillots, plus ou moins adhérents aux parties voisines : A ce moment, par l'orifice vaginal, il s'échappe un fœtus de 4 à 5 centimètres bien constitué. En arrière de l'utérus, on sent une masse plus résistante à laquelle est accolé un ovaire : On l'attire dans le vagin avec une pince fenêtrée. On s'aperçoit qu'il s'agit d'une trompe rompue. On place un fil sur le pédicule tubo-ovarien et on enlève le tout au-dessus de la ligature.

Éponge imbibée de pétrovaseline iodoformée à cheval sur le débridement vaginal. Pas d'hémorrhagie.

Le 18. La malade va très bien. On enlève la pince et l'éponge hémostatique : on constate que la grande cavité qui renfermait les caillots est complètement revenue sur elle-même et affleure presque la paroi postérieure du vagin. On place à ce niveau une mèche de gaze iodoformée.

Le 24. L'état général de la malade sensiblement remonté : Du côté de la plaie vaginale, il ne reste plus qu'un très faible trajet qu'on maintient béant.

25 janvier. La malade est revue à la consultation gratuite. Elle va parfaitement bien, ne souffre plus du ventre quoiqu'elle n'ait pas l'air de se trop ménager.

OBS. III. — *Hématocèle (grossesse extra-utérine rompue). Ponction et débridement vaginal. Ablation d'un ovaire malade.* (CONDAMIN.)

F. M..., 24 ans, demeurant à Lyon, avenue de Saxe, 239. Entrée à la Charité le 11 octobre 1894, dans le service de M. Laroyenne.

Réglée à l'âge de 15 ans, ses règles, depuis cette époque, ont presque toujours été irrégulières, revenant presque deux fois par mois. A eu il y a onze mois une fausse couche. Bonne santé habituelle.

Le mois passé, ses règles sont venues 5 fois, alors qu'elles avaient manqué les 2 mois précédents.

Le 7 octobre 1894, elle a commencé à éprouver des douleurs assez vives dans le bas-ventre ; puis brusquement des irradiations extrêmement douloureuses sont survenues du côté gauche avec irradiation dans la région lombaire. Angoisse profonde ; tendances à la syncope. Teint extrêmement pâle, anémie profonde.

On l'apporte à la Charité, presque mourante : le pouls est à peine perceptible : la malade n'a pas sa connaissance : elle prend coup sur coup plusieurs syncopes.

Devant la gravité de cette situation, on attend pour intervenir : on la couche la tête très basse avec de la glace sur le ventre.

Piqûres d'éther.

Elle reste trois jours dans cet état : le pouls cependant avait repris un peu de consistance.

Le 15. Elle reprend connaissance, le pouls est passable et la malade commence à s'alimenter. On l'examine alors et l'on constate une collection volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas. Collection remontant à l'ombilic. On attend encore deux jours pour intervenir.

Le 17. Ponction et débridement vaginal sans anesthésie à l'éther. Issue de caillots très nombreux au milieu desquels on trouve un œuf du volume d'une noisette, renfermant un fœtus parfaitement reconnaissable.

Toilette aussi soignée que possible de la cavité hématique. Un ovaire scléro-kystique est en prolapsus dans le cul-de-sac de Douglas. On l'enlève par la voie vaginale, pour éviter les douleurs qui pourraient résulter de cette position vicieuse et des adhérences fœtales quand la poche se sera rétractée.

Il n'y a pas d'hémorrhagie. On place une éponge à cheval sur l'orifice vaginal.

Le 20. La malade va bien. Pas de température. On enlève la pince qui était placée sur le pédicule ovario-tubaire. Il n'a été enlevé qu'une très faible partie de la trompe, dont la partie interne n'a pu être trouvée isolable.

15 décembre 1894. La malade est revue complètement guérie. Les culs-de-sac sont relativement souples. Elle ne souffre plus et marche bien.

OBS. IV. — *Hématocèle. Ponction et débridement. Ablation de la trompe malade par salpingo-ovariotripsie.* (CONDAMIN.)

P. J..., 28 ans, de Lorette (Loire), entre à la Charité le 30 octobre 1894.

Bonne santé habituelle jusqu'à son accouchement. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Un accouchement normal a 21 ans. A son retour de couches elle fut prise de douleurs assez vives. A cette époque elle dut rester quinze jours au lit.

Depuis elle a constamment souffert du ventre, surtout au moment des règles, qui l'obligent à se mettre au lit.

Il y a cinq semaines, elle fut prise brusquement de douleurs extrêmement vives, avec irradiations douloureuses dans les reins, les hanches et les cuisses. Nausées fréquentes, mais pas de vomissements. A ce moment elle présentait dans ses règles un retard de cinq semaines.

Elle se mit au lit, fut très malade, dit-elle, et y resta jusqu'à son entrée à la Charité.

A son entrée on constate un peu de ballonnement abdominal, avec facies pâle et tendance à la syncope. On sent une masse volumineuse dans le cul-de-sac de Douglas. Elle présente un état métrorrhagique qui n'a pas cessé depuis le début de son affection actuelle.

Les mictions sont douloureuses et fréquentes, et cela depuis le début de son affection.

Examen. Masse empâtée occupant tous le Douglas et le cul-de-sac latéral droit, douloureuse, assez nettement fluctuante.

21 octobre 1894. Ponction et débridement par la méthode de Laroyenne. Écoulement de sang coagulé. Toilette soignée de la poche hématique avec la cuiller et l'éponge. On trouve une trompe rupturée en un point, volumineuse qu'on ne peut que difficilement attirer dans le vagin. On enlève par salpingotripsie ce qu'on n'a pu enlever directement au-dessous du pédicule qu'enserre une pince courbe pour faire l'hémostase.

Pour parfaire l'hémostase, on place une éponge sur l'ouverture vaginale.

3 novembre 1894. On enlève l'éponge qui est remplacée par une grosse mèche de gaze iodoformée.

Le 15. La malade rentre chez elle allant très bien et ne souffrant plus.

5 janvier 1895. Suivant notre conseil la malade revient nous voir. Son trajet vaginal est comblé. Les culs-de-sac sont souples. Ses règles sont venues normalement il y a huit jours. L'état général est très bon et la malade est parfaitement satisfaite.

Obs. V. — *Hématocèle. Ponction. Débridement par la voie vaginale. Ablation de la trompe rupturée renfermant un placenta.* (Condamin.)

B. M..., 29 ans, demeurant à Lyon. Entre à la Charité, salle Sainte-Thérèse, nº 5, le 17 janvier 1895.

Assez bonne santé antérieure. Menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans. Règles bien abondantes et non douloureuses jusqu'à ces derniers mois. A eu un accouchement normal il y a huit ans.

Au mois d'octobre ont été beaucoup moins abondantes que normalement. A partir de ce moment elle commença à souffrir.

Leucorrhée très abondante surtout après la marche. Il y a deux mois nouvelle exaspération des douleurs qui siègent à droite et à gauche et s'irradient dans les cuisses et les hanches.

Le 11 décembre 1894 état de collapsus survenu brusquement, avec vomissements, ballonnement du ventre. Son médecin l'envoie à la Charité avec le diagnostic de péritonite.

A un examen sommaire on constate un empâtement diffus du cul-de-sac postérieur; en se reportant aux antécédents on porte le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. La malade est mise au repos absolu, glace sur le ventre.

Les vomissements, l'état général grave persistent encore quelque temps. La température n'a jamais dépassé 38°,5.

Peu à peu le ballonnement disparaît.

Le 25. L'état général est meilleur. La malade est endormie à l'éther : on fait la ponction et le débridement du vagin.

Il s'écoule une grande quantité de liquide hématique et de caillots. On fait à la cuiller et à l'éponge une toilette soignée de la cavité hématique.

On constate en faisant l'exploration de la cavité une trompe rompue et volumineuse. On l'attire dans le vagin, on place une pince courbe vers son insertion utérine et on l'enlève.

Cette trompe présentait le volume d'une mandarine au niveau de l'insertion placentaire qui est très net,

Pas de température les jours suivants.

L'éponge hémostatique est remplacée au cinquième jour par de la gaze iodoformée.

Le 2 février, la femme s'apprête à rentrer chez elle allant très bien.

La poche est insignifiante : on continue néanmoins à la drainer par une petite mèche de gaze iodoformée.

NOTE SUR LA SYMPHYSE PUBIENNE

Par le Dr **Queirel** (de Marseille).

Quelques accoucheurs ont pensé que l'ankylose de la symphyse pubienne, l'ossification du cartilage interpubien, pouvait être un obstacle à la rapide exécution de la symphyséotomie. Pour quelques-uns, ce serait même une contre-indication! Pour d'autres, ce serait au moins la nécessité de mettre une scie à chaîne dans le plateau aux instruments.

Je ne me rappelais pas avoir vu des synostoses pubiennes, mais ne voulant pas opposer mon opinion à une autre, sans l'étayer de faits sérieusement constatés, j'ai recherché la fréquence de cette ankylose sur 200 bassins de cadavres de femmes de tous les âges, ayant eu ou non des enfants. Or, pas une seule fois je n'ai trouvé une ossification des pubis au niveau de l'article, pas une seule fois le bistouri n'a été arrêté dans l'articulation. Plusieurs fois, il est vrai, j'ai constaté que la symphyse n'était pas médiane, mais déviée à droite ou à gauche, plus souvent à gauche qu'à droite, de plusieurs millimètres, et même d'un centimètre. Je signalerai plus loin la seule particularité que j'ai rencontrée pouvant faire croire à une ankylose.

Voici maintenant ma statistique :

De ces 200 femmes, 135 avaient eu des enfants, 65 n'en avaient pas eu. D'après l'âge, elles se rangent dans l'ordre qui suit :

Au-dessous de 20 ans.	5	médianes.	0	déviée à gauche.	0	déviée à droite.	
De 21 à 30 ans......	50	—	7	—	6	—	—
De 31 à 40 —	39	—	4	—	5	—	—
De 41 à 50 —	18	—	4	—	1	—	—
De 51 à 60 —	16	—	3	—	3	—	—
De 61 à 70 —	18	—	4	—	2	—	—
De 71 à 80 —	10	—	1	—	2	—	—
A 80 ans...........	1	—	—	—	—	—	—
A 89 —	1	—	—	—	—	—	—
	158		23		19		

La plus jeune de ces femmes avait 17 ans, la plus âgée 89 ans, l'extrême vieillesse. La seule particularité que j'ai remarquée est celle-ci : une fois, chez une femme de la série de 71 à 80, la symphyse était déviée à droite et ne pouvait recevoir le bistouri ; il y avait, en quelque sorte, emboîtement des deux angles supérieurs de l'articulation ; mais le scalpel porté de bas en haut est entré dans l'article et en est sorti facilement après l'avoir coupé en contournant cet emboîtement.

On pourra me faire l'objection que ces deux cents bassins étaient tous normaux et que je n'ai pas rencontré un seul bassin mal conformé ou pathologique, c'est-à-dire de ces bassins qui sont justement ceux sur lesquels on pratique le plus souvent la symphyséotomie.

Je ferai observer d'abord que le chiffre de 200 est déjà important, car les conditions d'observation ont été très diverses, mais j'ajouterai que de ma collection de la maternité, comportant 23 bassins viciés, quelques-uns à l'extrême, je ne puis citer un seul cas d'ankylose pubienne. J'ajouterai encore que sur les 12 symphyséotomies, faites dans mon service depuis 1892, pas une fois nous n'avons rencontré cette particularité. Voilà pour ce qui m'est personnel !

Dans les 60 symphyséotomies faites à Baudelocque, il n'a été relevé aucun cas d'ossification, ni non plus dans les 100 bassins, tous viciés ceux-là, qui ont servi aux mensurations de Pinard, dans sa thèse inaugurale.

Enfin Morisani n'a jamais rencontré non plus cette ankylose. Il ne la nie pas, mais il la croit tellement rare que c'est tout un. Voici un passage de son rapport, au congrès de Rome qui a trait à ce point :

« L'ossification de la symphyse fut rencontrée par Siebold ». Puis il se hâte d'ajouter : « Pour ma part, je n'ai jamais constaté une ossification complète de la symphyse pubienne, et je ne crois pas qu'on doive l'admettre dans tous les cas où l'on éprouve des difficultés à ouvrir l'articulation avec le bistouri. Très souvent, la difficulté provient de l'obliquité plus ou moins grande de la symphyse ou d'un amincissement considérable de la portion cartilagineuse interpubienne, qui fait qu'un bistouri très mince peut opérer facilement la section, tandis qu'un plus gros trouve des obstacles qu'il ne peut surmonter. »

Sans entrer dans d'autres considérations, et pour ne pas allonger cette note, je conclurai que ce n'est que très exceptionnellement que la symphyse est ossifiée, si tant est qu'on l'ait vraiment observée dans des conditions qui ne puissent laisser aucun doute. En tout cas, je ne connais pas d'exemple vérifié par l'autopsie. Au point de vue pratique, on peut donc ne pas trop se préoccuper de cette anomalie.

NÉPHROTOMIE POUR ANURIE DUE AU CANCER DE L'UTÉRUS (1)

Par M. le Dr **Jayle**, ancien interne des hôpitaux et M. **Labbé**, interne des hôpitaux.

L'anurie, due à l'obstruction des uretères, est une des terminaisons les plus fréquentes du cancer du col de l'utérus et détermine rapidement la mort de malades qui, sans cette complication, auraient pu vivre encore assez longtemps. Tantôt elle survient d'emblée et peut même être le premier

---

(1) Ext. de la *Presse médicale*, septembre 1895, p. 345.

symptôme d'un cancer utérin, tantôt elle apparaît après une période d'oligurie. Les cas d'anurie d'emblée sont rares, mais se rencontrent néanmoins, et les thèses de Mercklen (1) et de Warchaskaïa (2) en contiennent plusieurs exemples. Plus fréquents sont ceux d'anurie, suite d'oligurie.

La durée de l'anurie est en moyenne de cinq à huit jours, mais elle peut persister deux et trois semaines. L'observation de Tournié, citée dans la thèse de Merklen (3), en est un cas remarquable Une femme atteinte de squirrhe du col, dont la présence n'avait donné naissance à aucun symptôme, est brusquement prise d'une attaque d'anurie qui reste complète vingt et un jours; après une amélioration de courte durée, la mort survient huit jours plus tard.

Les périodes de rémission que l'on observe parfois ont une durée toujours courte et ne prolongent guère la vie des malades.

Contre cette anurie la thérapeutique médicale est désarmée, et jusqu'à ce jour les chirurgiens ne semblent pas être souvent intervenus.

M. le professeur Le Dentu nous paraît avoir pratiqué la première opération destinée à combattre les accidents urémiques aigus dus à la compression des uretères par un cancer utérin : le 16 janvier 1889, chez une femme de 33 ans, déjà hystérectomisée et en pleine récidive, il aboucha l'uretère gauche à la peau. La sécrétion urinaire disparue depuis sept jours, se rétablit aussitôt ; malheureusement, l'opérée s'affaiblit rapidement et succomba le treizième jour. Mlle Warchaskaïa et Trékaki (4), dans leur thèse, se basant sur le cas de M. Le Dentu, recommandent l'intervention, en particulier dans les cas d'anurie brusque : « la greffe de

(1) Le Dentu. *Traité des affections chirurgicales des reins et des uretères*. Paris, 1889, p. 803.

(2) Warchaskaia. Thèse, Paris, 1891.

(3) Merklen. *Étude sur l'anurie*. Thèse, Paris, 1881.

(4) Trékaki. *Du méat uréthral artificiel*. Thèse, Paris, 1892, p. 39.

l'uretère sur les téguments et la création d'un méat uréthral artificiel peuvent garantir aux opérées une survie prolongée ; notons que l'épithélioma du col de l'utérus, celui qui donne lieu à la plupart des obstructions de l'uretère, se généralise très peu, ce qui est une condition favorable. »

M. Picqué (1) a proposé et exécuté une opération plus simple que l'uretérostomie cutanée : le 6 avril 1894, il faisait à une malade cachectique, atteinte d'anurie absolue depuis dix jours, une néphrotomie qui donna une survie de trois mois et demi. Après l'avoir assisté dans cette intervention, nous l'avons imité à notre tour, convaincu de l'utilité d'une intervention chirurgicale en pareil cas.

La pathogénie de l'anurie, au cours d'un cancer utérin, est complexe. La suppression totale de l'excrétion urinaire peut être due à la compression ou à l'obstruction des deux uretères ou d'un seul. Quand un seul uretère est comprimé, l'anurie, du côté opposé, est d'origine réflexe. Si les deux uretères sont envahis et obstrués par la tumeur, trois cas peuvent se présenter : a) les deux uretères sont oblitérés simultanément et au même moment, et l'anurie survient parce que l'urine ne peu plus passer ni à droite ni à gauche ; *d*) un des uretères est complètement imperméable, l'autre permet encore l'excrétion de l'urine, mais s'obstrue progressivement à son tour ; *c*) un des uretères, envahi par la tumeur, est brusquement obstrué, et le rein du côté opposé est frappé d'anurie réflexe.

L'anatomie pathologique démontre que l'obstruction complète des deux uretères est excessivement rare ; la plupart du temps, l'un des uretères est encore perméable et l'autre n'est pas entièrement détruit. L'anurie ne semble donc pas due, dans la majorité des cas, à l'obstruction complète ni des deux uretères, ni même d'un seul. Nous pensons que, pour un des côtés, que l'uretère soit complètement libre ou déjà rétréci, l'anurie est d'origine réflexe la plupart du

(1) Piqué. De la néphrotomie dans certaines variétés d'anurie. *Huitième Congrès de chirurgie*, Lyon, 1894. Paris, 1895, p. 244.

temps. De l'autre côté, la suppression de la sécrétion urinaire survient et s'explique de la manière suivante : par suite de la marche lente de l'infiltration carcinomateuse, le calibre de l'uretère se rétrécit peu à peu, de telle sorte que l'urine ne s'écoule plus franchement dans la vessie. Il en résulte une accumulation d'urine au-dessus du rétrécissement, et par suite une dilatation lente et progressive du conduit uretéral. L'obstruction augmentant et l'écoulement de l'urine devenant par suite plus difficile, il s'ensuit que la pression de l'urine accumulée dans l'uretère devient de plus en plus forte et finit par atteindre un degré tel que la filtration urinaire n'est plus possible au milieu des glomérules. Ainsi se trouvent réalisées les conditions des expériences de Kammerer qui a montré très nettement que l'excrétion urinaire s'arrêtait dès que la pression de l'urine dans les uretères dépassait un certain degré.

En résumé, l'anurie s'explique d'un côté par l'action réflexe simple ou combinée à l'excès de tension, de l'autre simplement par l'excès de tension de l'urine accumulée au-dessus du rétrécissement urétéral. D'autre part, la colonne d'urine, pour peu que le rétrécissemment soit irrégulier ou flexueux, obture d'elle-même, mécaniquement, l'uretère, en appliquant l'une contre l'autre ou l'une sur l'autre les parois tortueuses de ce conduit rétréci. De la sorte, l'anurie n'a aucune tendance à disparaître, puisque la pression ne peut guère changer dans l'uretère. Si des rémissions surviennent, elles s'expliquent facilement par quelque modification passagère.

Cette pathogénie nous explique l'inanité du traitement médical, et nous montre en même temps le but que doit chercher le chirurgien.

Sans doute, on peut proposer de remédier radicalement à la cause même de tous les accidents en pratiquant la section de l'uretère au-dessus du rétrécissement et en l'abouchant dans la vessie. Cette uretérocystostomie n'est pas cependant à conseiller chez une cancéreuse. C'est une opération lon-

gue, délicate, et dont les résultats ne sont pas d'ailleurs des mieux établis. Mieux vaudrait créer une fistule lombaire urétérale, à l'exemple du professeur Le Dentu, mais la découverte de l'uretère peut être difficile et longue, et la durée de l'opération se trouve ainsi augmentée. Aussi préférons-nous la néphrotomie simple dont l'exécution est facile et ne demande que quelques minutes.

La néphrotomie, en annihilant la pression de la colonne d'urine retenue dans l'uretère, rétablit l'excrétion urinaire d'une part, et d'autre part peut rendre à nouveau perméable le rétrécissement urétéral. Inutile d'ajouter que l'anurie réflexe qui existe presque toujours disparaît aussitôt. Ainsi s'explique ce double fait qu'aussitôt après l'opération les malades urinent non seulement par leur fistule rénale, mais par leur vessie.

L'urine vésicale provient soit du rein non néphrotomisé qui était frappé d'anurie réflexe, soit du rein néphrotomisé lui-même, ainsi que le prouve la seconde des observations que nous rapportons : la malade a rendu en effet par le méat, le jour même de l'opération, de l'urine sanguinolente, provenant manifestement du rein opéré.

Nous croyons donc pleinement justifiée la néphrotomie dans les cas d'anurie pour cancer de l'utérus. C'est une opération d'urgence, analogue à la néphrotomie couramment pratiquée aujourd'hui pour l'anurie d'origine calculeuse ou autre.

L'opération est simple et rapide. L'indication est d'ouvrir le rein sur une faible étendue, de pénétrer jusque dans le bassinet et de fixer, si possible, l'organe à la paroi. Il n'y a pas de règle opératoire particulière à donner.

Quel rein faut-il choisir ? Celui atteint d'hydronéphrose, quand le fait se présente. Si les deux reins sont peu hypertrophiés, nous croyons qu'il vaut mieux néphrotomiser le droit, qui est plus facile à trouver.

Faut-il faire la néphrotomie double ? Nous ne le croyons pas, l'expérimentation et la clinique ayant amplement

démontré qu'un seul rein et même une portion de rein suffit pour l'excrétion urinaire.

Ce ne serait donc que secondairement qu'il faudrait avoir recours, et pour des raisons particulières, à l'incision du rein opposé.

Quant aux indications de la néphrotomie, elles nous paraissent devoir être très étendues. L'intervention doit être pratiquée chez toutes les malades, cachectiques ou non, atteintes d'anurie complète ou même de dysurie excessive.

Les résultats de l'opération sont ceux de toute opération palliative : disparition des accidents aigus, amélioration passagère et continuation des phénomènes de cachexie. Dans les deux opérations qui suivent, la survie a été de cent six jours et de dix-neuf jours ; dans une troisième, relatée dans la thèse d'Aumont, elle a été de soixante-treize jours (1).

Obs. 1. — Marie B..., 43 ans, entre le 27 juillet 1894 à l'hôpital Broca, salle A, nº 18, dans le service de M. le Dr Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer. La malade ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Relevons cependant qu'elle a eu sept fausses couches et un seul accouchement.

Il y a trois ans, ont apparu des métrorrhagies intermittentes qui depuis ont toujours persisté. Des douleurs sont survenues dans ces derniers mois, mais qui ne sont pas excessives. Lors d'un précédent séjour de la malade à l'hôpital, M. Pozzi diagnostiqua un cancer utérin inopérable et fit deux curettages successifs avec cautérisation au fer rouge, qui ne donnèrent pas une grande amélioration.

Dès le 16 juillet, la malade avait des mictions fréquentes et se plaignait d'une légère sensation de cuisson en urinant.

Le 24. La malade n'urinait plus une goutte. L'anurie est restée totale du 24 juillet au 6 août, c'est-à-dire pendant treize jours. Au

(1) Jayle et Delafosse *in* F. Aumond. *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anurie due au cancer de l'utérus (Néphrotomie lombaire)*. Thèse Paris, 1895, p. 58.

début, aucun phénomène grave d'anurie ne se produisit. La face était un peu bouffie ; il existait de l'œdème surtout aux membres inférieurs, mais peu marqué.

Quelques vomissements survinrent du 4 au 6 août : la diarrhée apparut le 6 août.

A la palpation des régions rénales, on trouvait le rein gauche plus abaissé que normalement et semblant augmenté de volume.

Du 27 juillet au 7 août, la température ne dépassa pas 37°, 8.

Après quelques hésitations, la malade finit par accepter mon intervention.

Le 6 août, je pratiquai la taille rénale du côté gauche seulement, pour des raisons que j'indiquerai plus loin.

Le bassinet n'était pas dilaté : je me bornai donc à l'incision du parenchyme rénal sur le bord libre et dans une étendue d'environ 4 centimètres. L'opération se fit très facilement : il ne s'écoula pas d'urine. Je ne tentai pas de faire la marsupialisation et je me contentai d'un drainage à la gaze iodoformée.

Le 7, le pansement est infiltré de sang et d'urine.

Du 7 au 11, l'écoulement d'urine par la plaie est très abondant. Amélioration de l'état général ; l'œdème disparaît.

Du 11 au 15, la malade urine par la fistule rénale la valeur de trois verres d'urine claire. Depuis ce temps, la quantité par le méat a beaucoup diminué, mais l'écoulement reste très abondant par la plaie.

6 octobre. Il ne reste dans la région rénale qu'une fistule qui fournit toujours de l'urine en très grande quantité. L'écoulement par l'uretère ne se fait que par intermittence. Les accidents anuriques ont complètement disparu : la température est normale, l'appétit est assez bon, mais la malade se cachectise de plus en plus (1).

Le 8. L'orifice de la fistule rénale se rétrécit et on met un drain. La cachexie se prononce de plus en plus. Les urines rendues par l'urèthre sont rares et albumineuses. Par la plaie lombaire, il suinte une assez grande quantité d'urine.

Le 30. Depuis quelques jours est apparu un peu d'œdème au membre inférieur gauche. La plaie lombaire conserve le même

---

(1) Cette partie de l'observation a été communiquée au Congrès de chirurgie de Lyon, 1894.

aspect ; il n'y a pas de suppuration. La malade est réduite à l'état squelettique et prend à peine de nourriture.

19 novembre. La cachexie est devenue extrême et la malade s'éteint dans l'après-midi, *cent cinq jours après l'opération*. Jusqu'au dernier jour, la fistule lombaire a donné de l'urine.

Autopsie. — L'autopsie montre que les deux uretères sont dilatés, comprimés, et envahis par le cancer utérin. Le rein droit est atrophié, rétracté et kystique. Le gauche présente des lésions analogues à celles que l'on constate sur le rein droit; le bassinet communique franchement avec la plaie lombaire ; il n'y a pas la moindre suppuration.

Examen des autres organes : cœur légèrement atrophié. Pas de lésions orificielles. Poumons : Pas de grosses lésions. Un très léger épanchement dans la plèvre droite. Rate normale.

Foie de consistance presque normale, renfermant quelques noyaux cancéreux à sa surface.

En résumé : néphrite double, atrophiante et généralisation.

Obs. 2. Marie D..., 32 ans, journalière, entrée salle Frascator C, nº 1, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Dr de Beurmann, le 2 juin 1894.

Elle se plaint de métrorrhagie et de pertes roussâtres, fétides, qui ont apparu il y a trois mois. Peu de douleurs. Au toucher, on constate que le col est volumineux, fongueux, et présente tous les caractères de l'épithélioma utérin.

10 juin. Curettage et cautérisation au fer rouge, qui amènent les jours suivants la cessation des métrorrhagies.

31 juillet. Second curettage et cautérisation, les hémorrhagies ayant reparu. Celles-ci disparaissent à nouveau, mais bientôt surviennent des vomissements fréquents, bilieux, persistants, en même temps que la fièvre se montre et que de vives douleurs apparaissent dans le petit bassin et dans les lombes. Les urines ne renferment pas d'albumine mais ne sont pas très abondantes. En octobre les vomissements se calment un peu, mais reparaissent en novembre. La température reste élevée.

14 novembre. La malade se plaint de ne pas uriner depuis hier ; on la sonde, mais la vessie est vide.

Le 20. L'anurie continue ; les vomissements sont redevenus très féquents et surviennent toutes les demi-heures, nuit et jour. La malade sommeille continuellement, reste couchée sur le côté

droit, et se plaint de céphalée intense. Il existe un œdème assez marqué à la face, très peu accentué aux jambes.

Les pupilles sont légèrement dilatées. La température est toujours élevée.

Le 23. L'état général continue à décliner; la malade est plongée dans un état de torpeur dont on ne la tire qu'avec peine. L'anurie persiste complète et dure depuis dix jours. A l'examen des hypochondres, on constate du côté droit une tumeur un peu douloureuse, mobile, et qui semble être le rein augmenté de volume. Au toucher on trouve un utérus énorme, immobilisé, et qui remplit tout le petit bassin.

Le 24. *Néphrotomie lombaire.* Le rein est facilement trouvé et on le fixe par deux fils de soie. Incision de deux centimètres à peine sur le bord convexe du rein, puis introduction d'une pince de Lister jusque dans le bassinet et écartement des deux branches de la pince: il s'écoule aussitôt environ un demi-verre d'urine non fétide. Drainage du bassinet au moyen d'une mèche de gaze iodoformée. Suture de la majeure partie de la plaie.

L'opération a duré un quart d'heure.

Suites opératoires. — Des plus simples.

Le 24. La malade a vomi une seule fois, mais abondamment. Elle a uriné par la vessie environ 25 grammes d'urine sanguinolente.

Le 25. La malade a vomi depuis hier soir jusqu'à deux heures du matin. Elle a uriné spontanément par la vessie toutes les heures. Ce matin nous trouvons un demi-litre d'urine sanguinolente.

La température, qui était depuis près de trois mois au-dessus de 38 degrés, et depuis un mois aux environs de 40 degrés, est tombée ce matin à 37 degrés.

L'état général s'est amélioré, et la malade n'est plus dans un état de torpeur aussi accentué que ces jours derniers. Le pansement et les draps sont imbibés d'urine.

Le 26. La malade urine encore aujourd'hui un demi-litre d'urine peu sanguinolente. Vomissements toute la nuit pas dans la journée.

Pansement qui est entièrement imbibé d'urine.

Le 27. Urine rendue par la vessie : un quart de litre. Le pansement et le lit sont imbibés d'urine. Amélioration marquée. Plus de vomissements.

Le 28. Urine rendue par la vessie : un demi-litre, claire. Le pansement et le lit sont toujours imbibés d'urine comme les jours précédents.

L'amélioration continue : la malade demande à manger et prend du lait.

Le 29. Urine rendue par la vessie : un litre. Hémorrhagie assez abondante, qui nécessite un tamponnement.

Le 30. Urine rendue par la vessie : un quart de litre. L'urine s'écoule toujours abondamment par la plaie lombaire, qui est en parfait état. Pas la moindre suppuration.

2 décembre. Statu quo.

Le 6. La malade est abattue depuis deux jours et a un peu de T. : 38°,5. Elle n'urine plus par la vessie. La plaie lombaire donne issue à de l'urine trouble.

Le 9. L'urine qui sort par la plaie lombaire est rare et manifestement purulente. La plaie elle-même est en parfait état. La malade ne prend plus rien et sommeille continuellement.

Le 12. Mort dans le coma.

Autopsie. — L'autopsie montre le rein gauche atrophié et l'uretère très dilaté.

Le rein droit est quadruplé de volume et transformé en une éponge purulente. Pas de suppuration de la paroi.

Poumons un peu congestionnés à la base. Foie hypertrophié et gras. Rate normale. Cœur flasque et atrophié.

N. B. — L'infection rénale a été secondaire ; elle est due manifestement aux pansements et par suite aurait pu être évitée. La survie, par suite de cette complication, n'a été que de dix-neuf jours.

REVUE CLINIQUE

I. — OBSERVATION DE MOLE HYDATIFORME DIAGNOSTIQUÉE (1)

Par le Dr **Jagot.**

La malade, âgée de 21 ans, présente les antécédents morbides suivants : mariée depuis quinze mois environ, elle a eu au mois de mai

(1) Les pièces ont été présentées à la Société de médecine d'Angers le 6 mai 1895.

dernier des douleurs utérines coïncidant avec une augmentation de volume de l'organe tel que le médecin qui la soignait alors pensait à une grossesse, malgré la persistance de l'écoulement menstruel plutôt plus abondant qu'auparavant. Ces symptômes disparurent pourtant et au mois de juillet l'utérus était redevenu normal.

Le 17 octobre 1894 les règles vinrent encore normalement ; le 15 novembre elle perd de quoi tacher grand comme la main de linge, puis nouvelle perte insignifiante le 1er décembre. L'utérus me paraissait déjà volumineux et j'affirmai un début de grossesse.

Depuis le milieu de décembre l'utérus a augmenté de volume de semaine en semaine : vers le 20, il atteignait l'ombilic et le 28 il le dépassait de deux travers de doigt, présentant de plus un développement plus considérable du côté de la corne gauche. En même temps se manifestaient des hémorrhagies quotidiennes, surtout nocturnes et présentant parfois une coloration d'un rouge brun analogue à celle du sang de la fin des règles.

Par le palper abdominal, on ne trouvait pas le fœtus ; l'utérus entier présentait non pas une fluctuation nette, mais une sorte de rénitence dont on se rendait encore mieux compte en pratiquant le toucher ; les culs-de-sac étaient remplis par l'utérus et le col se trouvait au milieu, ramolli, mais non effacé.

Après avoir pensé d'abord à une hydropisie de l'amnios, je ne tardai pas à rejeter ce diagnostic pour m'arrêter à celui de môle hydatiforme. C'est ce diagnostic que je présentai à mon confrère et ami le Dr Mâreau, appelé en consultation par la famille inquiète. Je l'appuyais sur les faits suivants :

1o La tumeur était bien intra-utérine ;

2o Elle n'était pas fluctuante, mais mollasse ;

3o Elle s'était développée trois fois plus rapidement qu'une grossesse normale ;

4o Elle avait donné lieu d'abord à des troubles réflexes considérables (nausées, vomissements, amaigrissement, douleurs abdominales) ; ensuite à des hémorrhagies à répétition malgré la position couchée et cela sans douleurs d'expulsion ou de dilatation ;

5o Enfin la pseudo-grossesse avait évolué quelques mois après des accidents utérins qui n'étaient autres que ceux de l'endométrite. Or, cette maladie prédispose tout spécialement à la môle vésiculaire.

Ce diagnostic posé, j'attendis les événements, prêt à déterminer

l'accouchement si les hémorrhagies devenaient trop fréquentes ou si la malade s'affaiblissait trop par le défaut d'alimentation.

Le 31 janvier, à six heures du matin, les premières douleurs apparurent, elles continuèrent toute la journée et celle du lendemain sans amener la moindre dilatation du col ; le 2 février, à neuf heures du matin, nous nous décidâmes, M. le Dr Mâreau et moi, à introduire dans le col une tige de laminaire, ce qui fut fait sans trop de peine.

Le soir, à quatre heures, après une hémorrhagie assez abondante, la malade expulsa le tampon et quelques vésicules. Je pus alors constater que le col était largement entr'ouvert et laissait pénétrer deux doigts, ce qui me permit de saisir une partie de la masse mollasse et de l'engager dans le col, manœuvre qui devait, à mon sens, exciter le travail de dilatation et mettre en même temps obstacle à l'hémorrhagie. Le soir, à dix heures, en aidant quelque peu la malade, mais sans exercer de tractions que la nature des tissus n'eût du reste pas permises, elle accoucha de la môle énorme dont je vous présente environ les deux tiers, le reste ayant été perdu. Son poids est d'environ 1 kil. 500.

Les môles vésiculaires sont embryonnées ou non embryonnées, c'est-à-dire qu'il existe en même temps qu'elles dans l'utérus, un fœtus ou qu'il n'en existe pas. Dans les cas où la môle se développe de bonne heure avant la formation du placenta, on ne trouve pas d'embryon, c'est le cas de notre observation.

Considérée par Velpeau et par Robin comme une hydropisie des villosités choriales, la môle vésiculaire est aujourd'hui regardée comme une dégénérescence myxomateuse de ces villosités ; c'est la théorie de Virchow, elle est presque universellement acceptée.

Mais dans le cas où la môle a le temps de se développer entièrement, le chorion n'existe plus que par place, il est en quelque sorte usé, les grappes ne tiennent plus qu'à des lamelles de couleur rougeâtre que l'on reconnaît à grand peine pour des lambeaux de caduque. Il n'y a pas trace d'amnios, ni par conséquent de liquide amniotique, c'est ce que les accoucheurs ont appelé la *môle vésiculaire pleine*. C'est tout à fait le cas de notre observation ; de plus, des

hémorrhagies multiples s'étaient formées entre les grappes et en rendaient l'isolement très difficile.

Ces faits sont assez rares. Ils surviendraient plus souvent chez des femmes âgées que chez des femmes jeunes et récidiveraient souvent (Mayer, dans onze grossesses successives) Pour certains auteurs la syphilis serait fréquemment cause de cette déviation formatrice. Elle ne peut en aucune façon être incriminée dans notre cas.

Les *suites* sont souvent graves ; la mort survient dans 13 p. 100 des cas par le fait des hémorrhagies ou des infections faciles par la rétention de quelques fragments de la môle (1).

Ma malade va bien aujourd'hui (16 mars) ; elle n'a pas eu d'hémorrhagie ; les injections intra-utérines de sublimé que j'ai pratiquées deux fois par jour pendant six jours m'ont mis à l'abri de l'infection. La température s'est élevée à 38°2 le lendemain de l'accouchement, mais n'était plus qu'à 37°5 le soir, à 37° le surlendemain et s'y est maintenue. Le retour de l'utérus s'est fait lentement. Les règles ne sont revenues que deux mois et demi après.

II. — TROIS CAS DE MOLE HYDATIFORME (2)

Par le Dr **Tardif.**

Observation I (1894).

Mme X..., 32 ans, demeurant à Angers, est une femme dont la santé a toujours été excellente avant la grossesse môlaire qui fait l'objet de cette observation.

Antécédents héréditaires nuls. — Pas traces de troubles nerveux.

Antécédents personnels nuls. — Premier accouchement le 1er mars 1883. Rien à noter ni pendant la grossesse, ni au moment de l'accouchement, ni pendant le postpartum. La mère a nourri son enfant au sein. Aujourd'hui, à part une otite externe chronique depuis deux ans, cette enfant est en parfaite santé.

---

(1) Voir p. 235, les conséquences pathologiques éloignées et graves, que peut avoir d'après Fraenkel, le séjour *in utero* de portions de môles. R. L.

(2) Communication à la Société de médecine d'Angers.

Première fausse couche en 1886, après trois mois et demi de grossesse. Aucune cause connue.

Deuxième fausse couche en 1888, après quatre mois et demi de grossesse. — Cause inconnue.

Cependant, d'après quelques renseignements personnels, le père *aurait eu* quelques accidents fracastoriens.

Histoire de la maladie. — Dernières règles au commencement de janvier.

Fin février, des vomissements apparaissent d'abord le matin ; puis après huit jours, ils augmentent de fréquence, et au 8 mars, ils se produisaient de dix à quinze fois par jour. Cet état dura plus d'un mois ; peu de temps après la môle fut expulsée.

En même temps que ces vomissements, apparurent des troubles de la mémoire très marqués, qui ne firent qu'augmenter en même temps que les vomissements ; eux aussi devenaient plus fréquents. — Au 8 mars, la malade commença à perdre du sang, d'une façon continue et en petite quantité. En même temps, douleurs vives à la partie inférieure de l'abdomen, que rendent intolérables les vomissements et même la plus légère pression. Un médecin consulté porte le diagnostic de péritonite, applique des vésicatoires, puis des frictions mercurielles, et ordonne des potions calmantes. Ces vésicatoires furent suivis d'une éruption furonculeuse (sept) et ont laissé en guérissant, des cicatrices très pigmentées. Après quinze jours de ce traitement, un autre docteur, un dosimètre ou homéopathe, est consulté. Il ordonne des quantités énormes de granules, qui eurent du moins le mérite de faire diminuer les vomissements. Quoiqu'il y eût un peu d'albumine dans les urines, le médecin en question crut devoir permettre un libre choix dans les aliments.

Si les vomissements avaient cessé ou à peu près, il n'en était pas de même des troubles mentaux qui allaient plutôt en s'aggravant. La mémoire était complètement perdue ; la malade oubliait même qu'elle était mariée. Par moments, elle montrait une exagération considérable dans les sentiments affectifs et qui bientôt faisait place à une apathie profonde, où apparaissaient surtout les troubles de la mémoire et une grande hypochondrie.

Le palper abdominal était extrêmement pénible. On sentait cependant l'utérus, régulier, à un large travers de main au-dessus du pubis.

Au toucher, col mou, long, segment inférieur régulièrement distendu, donnant une sensation de rénitence toute particulière.

Toujours des pertes de sang. Quoique la malade puisse, pendant ces trois dernières semaines, prendre quelques aliments, elle est d'une faiblesse extrême et son amaigrissement est considérable.

Le 18 avril, apparaissent des coliques violentes, suivies bientôt, en l'absence de secours médicaux, d'un écoulement de sang plus considérable et de l'expulsion rapide (en une heure) d'une môle vésiculaire volumineuse, qui, malheureusement, n'a pas été pesée ni conservée.

Postpartum. — Les urines, examinées le lendemain, laissent toujours percevoir un peu d'albumine, qui disparaît deux jours après, sous l'influence du régime lacté.

Injections au bichlorure, 0,25 par 1,000, trois par jour.

En quelques jours, les troubles mentaux disparaissent en partie. La malade retrouve son appétit primitif et les aliments sont bien supportés. Selles régulières, faisant place à la constipation ordinaire.

Un mois après, la malade reprenait ses occupations.

Cependant, elle a gardé depuis un grand affaiblissement de la mémoire, seule trace de son état passé.

Aujourd'hui (15 mars 1894), la malade est au huitième mois d'une grossesse dont rien n'est venu jusqu'à présent assombrir l'évolution ni le pronostic.

Observation II

La femme Barré, 36 ans, vit dans une roulotte avec son mari. Comme elle est syphilitique avérée, nous passons sur notre interrogatoire, dont le résultat fut très net à ce point de vue spécial, et nous n'en retenons que ceci : cinq grossesses antérieures, pas un enfant vivant (trois fausses couches à cinq et six mois ; deux enfants à terme, l'un mort trois jours après sa naissance ; l'autre à onze mois, d'une méningite).

Histoire de l'état actuel. — Depuis trois mois, pas de règles ; depuis deux mois, vomissements incessants. La femme est pâle et amaigrie. La raison est très faible depuis un mois environ. Les rêves nocturnes disent l'alcoolisme, mais comme la malade se plaint en outre depuis plus de huit jours de bourdonnements

d'oreilles, d'obnubilation, d'étouffements, on peut se demander s'il n'y a pas ici place pour un peu d'urémie à laquelle on est d'autant mieux en droit de penser que l'examen de l'urine décèle la présence d'une certaine quantité d'albumine.

Nous avons dit : pas de règles ; mais des pertes de sang légères et rapprochées depuis deux mois, ont beaucoup fatigué cette femme, qui eût cru, me disait-elle, à l'époque de la ménopause, si elle n'eût vomi.

Nous revenons à l'expulsion de la môle. Depuis une heure environ, la malade souffrait de coliques assez vives et du sang s'écoulait de façon continue mais légère.

Au palper, on trouvait un utérus gros, dur, douloureux, dépassant le pubis de trois travers de doigt. Nous pensions de plus en plus à un simple avortement, et ce diagnostic, le toucher l'inscrivait au bout du doigt. Le col était mou, court et élargi déjà par les grossesses antérieures. Au-dessus de l'orifice interne, on trouvait une tumeur molasse, donnant absolument la sensation d'un placenta decollé.

Nous nous arrêtâmes là dans notre examen, en prescrivant le traitement classique de l'avortement, c'est-à-dire des injections antiseptiques chaudes. Une heure après, on revenait nous dire que la femme avait expulsé un gros *morceau de chair.*

Nous revenons aussitôt et nous trouvons une môle hydatiforme type ; on eût dit des grappes de raisins.

Nous passons sur les caractères anatomo-pathologiques de cette môle, du volume des deux poings. Un peu de sang et de nouvelles vésicules suivirent cette expulsion.

La femme, les trois jours suivants, n'eut aucune température et plus de vomissements. L'albumine disparut ainsi que la douleur, et le cinquième jour, la roulotte reprenait son chemin. Nous le regrettons, parce qu'il eût été intéressant de compléter davantage cette observation, mais que dire à pareilles gens ?...

Observation III

Due à l'obligeance de mon excellent confrère, M. le Dr Chailloux.

La femme L..., 43 ans, pas de maladie antérieure, est solide et bien réglée.

Elle a ressenti, il y a quelques mois, pour la première fois,

une sorte de pesanteur et de constriction qu'elle attribue à la production de gaz, dont elle a eu souvent à se plaindre jusqu'ici.

Depuis quatre mois, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume, et elle ressent de loin en loin des coliques sourdes s'accompagnant d'hémorrhagies abondantes et de vomissements qui l'ont plongée dans une anémie profonde et l'ont, depuis deux mois, obligée à garder le lit.

Nous voyons à ce moment la malade, et constatons l'état suivant : coloration jaune paille de la peau et des muqueuses, œdème péri-malléolaire, amaigrissement assez considérable pour donner l'idée d'un cancer. Depuis quelque temps, mais depuis ce matin surtout, cette femme se plaint de douleurs extrêmement vives, particulièrement au-dessus du pubis. La palpation, très douloureuse, laisse reconnaître une tumeur rénitente, dure, régulière, avec matité complète. Au toucher, on trouve le cul-de-sac antérieur complètement effacé, le col mou, rejeté à gauche, l'orifice interne même béant. L'utérus est mobile.

Sous l'influence de cette exploration, les douleurs redoublent d'intensité ; elles ne tardent pas à devenir intolérables, s'accompagnant en outre d'incessants vomissements, et au bout de deux heures, une tumeur volumineuse est expulsée.

Cette tumeur est composée de membranes noirâtres, friables, très épaisses, comparables à du sang coagulé et à de la fibrine ; d'une multitude de kystes, de vésicules transparentes et de volumes différents depuis une tête d'épingle jusqu'à un grain de raisin.

Après l'expulsion de cette môle, l'involution utérine fut normale, rapide. Les vomissements, les douleurs cessèrent comme par enchantement ; quelques vésicules furent encore expulsées les jours suivants, et bientôt tout rentra dans l'ordre sans que la santé ait été depuis lors sérieusement troublée.

Réflexions. — Il est bien difficile de donner à ces faits des conclusions, et encore moins d'en fixer la pathogénie ; leur bizarrerie même empêche de donner la moindre formule. A peine pourrait-on rappeler les rapports depuis longtemps signalés entre la syphilis et la môle, rapports qui sont loin d'être mathématiques. Si, dans nos observations, la syphilis est certainement intervenue dans un cas et très probable-

ment dans l'autre, il ne faut pas céder à la tentation trop facile de généraliser à plaisir la valeur étiologique d'un facteur, sans doute puissant, mais non absolu.

Autre remarque. Un fait a été frappant dans nos trois observations, les vomissements et les accidents pseudo-péritonéaux. Ces faits ne sont guère signalés. La môle est en général plutôt indolore, et rien n'attire l'attention de la femme, à part le développement anormal et rapide du ventre, et l'écoulement sanguin qui fait rarement défaut. Malgré sa rareté, on serait donc à la rigueur en droit de penser à la môle, quand, en cherchant le diagnostic d'une affection abdominale, on a affaire à une femme plutôt multipare, présentant des phénomènes de péritonisme, un utérus plus développé que la cessation des règles le permettrait, et laissant écouler un peu de sang de loin en loin.

Nous n'avons pas cherché à classer le genre de délire de la femme qui a fait l'observation n° 1, mais nous retiendrons simplement ceci, qui a son intérêt. Les folies puerpérales sont, croyons-nous, généralement fugaces. Or, il n'en a pas été de même dans notre observation. Le système nerveux central a subi une modification profonde, et cette modification, durable autant que fâcheuse, étant donnée la déchéance morale qui en est résultée, montre combien est profond le retentissement que ce singulier produit utérin peut avoir sur tout l'organisme.

C'est sur ces réflexions que nous terminons ce travail déjà trop long. Nous n'avons ni voulu chercher à fixer la pathogénie d'une affection aussi rare, ni généraliser des faits bizarres comme ceux qui ont, sous nos yeux, accompagné une affection déjà si bizarre en soi. Nous avons voulu simplement apporter quelques faits nouveaux qui pourront, à l'occasion, servir à fixer plus complètement l'histoire symptomatologique de la môle, particulièrement au point de vue des singulières manifestations auxquelles elle peut donner lieu, depuis le péritonisme jusqu'aux troubles mentaux.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CARCINOME PRIMITIF DU VAGIN

Par le Dr **R. Labusquière.**

Le cancer primitif du vagin, ainsi qu'il est constaté par la plupart des auteurs, est une affection relativement rare. Pourtant, la grande rareté des observations tient peut-être à cette circonstance entre autres, qu'un certain nombre de femmes atteintes de cette terrible affection ne sont amenées, en raison de son évolution souvent assez torpide, à consulter que lorsque déjà le processus s'est propagé à l'utérus, parfois au paramétrium et que, dans ces conditions, on a plus de difficultés à déterminer le siège primitif du mal ou moins d'utilité à faire cette détermination parce que, a *priori*, on juge souvent que le cas est déjà inopérable. Küstner (1) en cherchant dans la littérature médicale en avait réuni 28 cas seulement; A. Martin, cité par Pozzi (2), ne l'avait observé qu'une fois sur 5,000 femmes. Mais, dans son *Traité des maladies des femmes*, ce même auteur écrit (3) : « On insistait longuement jadis sur la rareté des tumeurs malignes du vagin ; les observations de carcimones vaginaux primitifs relatées depuis, montre que cette rareté n'est que relative ». Dans son récent article, Olshausen dit que de 1886 à 1894 on en a observé, à la « *Frauenklinik* » de Berlin, 18 cas, et que, de plus, 13 fois le néoplasme s'était développé sur la paroi postérieure du vagin, localisation qui, du reste, d'après les auteurs, est de beaucoup la plus habituelle.

(1) Kustner. *Archiv. f. Gyn.* Bd. IX, p. 279.

(2) Pozzi. *Traité de Gyn. chir. et opér.* Ed. I, p. 893.

(3) A. Martin. *Traité clin. des mal. des femmes.* Trad. française 1889 p. 304.

D'autre part, on s'accordait à reconnaître la gravité de l'affection et sa grande tendance à la récidive après les interventions habituelles, pour si complètes qu'on s'efforçât de les faire. « *Le pronostic*, écrit A. Martin (1), *quelque favorable que soit la marche de la cicatrisation après l'intervention chirurgicale, est très sombre, du moins d'après mes documents personnels. Toutes mes malades ont été atteintes de récidives et, cependant, je suis persuadé d'avoir opéré, tout au moins dans la majorité des cas, dans des tissus sains* ».

L'acte chirurgical dirigé contre le néoplasme du vagin consistait à le circonscrire en s'efforçant d'inciser dans le tissu sain, à certaine distance des éléments morbides, puis à séparer toute la masse dégénérée ou douteuse des éléments sous-jacents et à réunir la surface cruentée. Mais, devant la constance presque assurée des récidives, on a cherché à prévenir aussi sûrement que possible les inoculations dans les tissus sains d'éléments dégénérés, les *greffes cancéreuses*. Et c'est surtout à ce point de vue, qu'est fait le travail d'Olshausen qui recommande d'attaquer les cancers primitifs du vagin, soit qu'ils restent encore cantonnés dans le vagin ou qu'il se sont étendus à la portion vaginale, par la *voie périnéale*. C'est en somme, ainsi que le note Olshausen, une adaptation de la périnéotomie imaginée par Otto Zuckerkandl pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, et dont, dans ce même journal, M. Hartmann a donné une description nette que nous croyons utile de reproduire ici : « Pour pratiquer cette opération, on place la malade dans la position de la taille. Lorsqu'on a incisé la peau et le fascia superficialis, qu'on a décollé le lambeau on sectionne les fibres du sphincter externe qui sont au voisinage de la fourchette et l'on sépare le rectum du vagin dans toute la hauteur du sphincter. Après avoir coupé, à droite et à gauche, les fibres du releveur qui viennent s'insérer sur le rectum, on sépare facilement celui-ci du vagin. Le rectum étant attiré en

(1) *Loc. cit.* p. 306.

arrière, la plaie est largement béante et l'espace est libre jusqu'au cul-de-sac péritonéal. On voit en arrière de la cavité ainsi créée le rectum, en avant la paroi postérieure du vagin, sur les côtés les ischions recouverts par la graisse de la fosse ischio-rectale et laissant pendre les faisceaux détachés du releveur. Il suffit alors d'ouvrir transversalement le cul-de-sac péritonéal recto-utérin pour pouvoir engager la main dans la fente péritonéale et saisir le fond de l'utérus qu'on fait basculer et qu'on amène facilement avec ses annexes dans la plaie et même, si l'on veut, à l'extérieur.

« Après ligature préalable, les ligaments larges sont coupés au niveau de leur insertion; quant à la vessie, il suffit de sectionner transversalement le péritoine en avant de l'utérus pour la séparer de celui-ci, qui, ne tenant plus qu'au vagin, peut être facilement enlevé » (1).

Après cette description, il sera facile de comprendre le procédé opératoire adopté par Olshausen et qu'il décrit comme suit : « Inciser le périnée en travers, puis, avec des instruments mousses, se créer une voie entre le vagin et le rectum jusqu'au cul-de-sac recto-utérin. Au cas de difficultés, un assistant peut surveiller, à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum, cette séparation du vagin avec des instruments mousses des tissus sous-jacents. Quand il y a lieu d'extirper aussi l'utérus — et Olshausen estime que cette extirpation s'impose toutes les fois que le processus cancéreux s'est étendu à cet organe — on ouvre le cul-de-sac de Douglas, on fait basculer l'utérus en arrière, et on le libère ensuite de ses attaches latérales, après ligature des ligaments, en procédant des trompes vers le col. Puis on coupe avec les ciseaux la portion décollée du vagin qui correspond au néoplasme, et on termine, après décollement mousse de la vessie, la libération du col.

Quand on n'a pas résolu de faire l'extirpation de l'utérus,

---

(1) *Annal. de gyn. et d'obst.*, novembre 1889, p. 369.

la première partie de l'opération reste la même. On se fraie, avec des instruments mousses, une voie entre le vagin et le rectum jusqu'à l'insertion de la paroi postérieure du vagin sur le col et on décolle, en agissant dans la cavité ainsi créée, les parties latérales du vagin des tissus sous-jacents, autant qu'il est nécessaire pour isoler les parties dégénérées et avoisinantes du plancher périnéal. Puis, au point jugé le plus propice, on crée une communication entre le canal du vagin et le canal artificiel, après quoi, l'excision du néoplasme avec les ciseaux se fait aisément. Dans les cas de vagin étroit et d'oblitération de sa lumière par la masse néoplasique, ce dernier temps de l'excision est singulièrement facilité si l'on a soin de fendre, après décollement de la paroi vaginale, la portion inférieure de cette paroi de la fourchette jusqu'au voisinage du néoplasme. L'opérateur, en écartant ces lambeaux, en les mobilisant à son gré, peut rendre le champ opératoire beaucoup plus accessible à la vue, et, par suite, procéder avec sûreté à l'extirpation des parties malades.

Avantages de ce procédé opératoire : on réalise la séparation de la partie malade du vagin, l'ouverture du cul-de-sac de Douglas (quand elle est nécessaire), et en partie la libération de l'utérus entre ses ligaments sans avoir été préalablement en contact avec le néoplasme ; d'autre part, on se ménage beaucoup plus de place et l'on peut, avec infiniment plus de facilité et de sûreté, circonscrire et exciser les parties dégénérées du vagin » (1).

Olshausen relate ensuite trois cas dans lesquels il a appliqué son procédé opératoire ; nous en reproduirons un comme exemple.

OBS. — V..., 28 ans, a eu un enfant. Carcinome de la paroi postérieure, ayant débuté à 3 centim. de la fourchette et s'étant élevé, suivant toute la largeur de la paroi postérieure, jusqu'au vagin. Au spéculum, on découvre une ulcération à bords fongi-

(1) *Loc. cit.*, p. 3.

formes et à surface pourvue de petites saillies. Sur la paroi antérieure, il existe une région indurée qui mesure de haut en bas environ 3 centim. ; c'est une infiltration cancéreuse, conséquence probablement d'une infection par contact. Utérus en position normale, non augmenté de volume, intact. Paramétrium indemne. La paroi rectale est complètement mobilisable sur la zone dégénérée du vagin.

Opération le 20 septembre 1890 : incision transversale du périnée, d'un ischion à l'autre. Séparation mousse, du vagin et et du rectum, jusqu'au péritoine et au-dessus de l'insertion du vagin sur l'utérus (ce décollement est surveillé par le rectum). La cavité ischio-rectale est largement ouverte des deux côtés, surtout à gauche. Le cul-de-sac recto-utérin, un peu ouvert, est immédiatement suturé au catgut. On circonscrit le carcinome par une incision qui reste dans le tissu sain à 2 centim. environ du néoplasme. De bas en haut, incision partant de la commissure postérieure et arrivant jusqu'à l'incision autour du néoplasme. Incision circulaire du carcinome de la paroi antérieure. En haut et à gauche, les deux lignes d'incision convergent. Excision aux ciseaux des deux carcinomes. Comme on ne réussit pas à coapter le prolongement de la fosse ischio-rectale situé à 5 centim. au-dessus du cul-de-sac gauche du vagin, on en assure le drainage en y poussant une mèche de gaze iodoformée.

La grande plaie, dans le tissu connectif, en avant du rectum dénudé, est réunie et diminuée par une suture au catgut, continue et à trois étages ; la plaie de la paroi antérieure du vagin est presque complètement oblitérée ; finalement, la moitié antérieure du périnée, incisée, est réunie.

Suites opératoires régulières. Jamais plus de 37°,6. Les parois vaginales cicatrisèrent, partout au moins où elles étaient réunies, presque complètement par première intention. Trois semaines après, au moment de la sortie de la malade, le prolongement gauche de la cavité ischio-rectale était comblé par des granulations et, dans l'ensemble, toute la région opératoire en voie avancée de guérison.

Récidive manifeste trois mois après, et mort dix mois plus tard, soit treize mois après l'opération.

Les avantages de ce procédé opératoire seraient, d'après

Olshausen : *Sûreté beaucoup plus grande d'enlever tout le tissu malade, de tailler dans le tissu sain ; contrôle beaucoup plus exact de l'acte chirurgical ; possibilité pour le chirurgien de se maintenir, pendant la plus grande partie de l'opération, en dehors du tissu néoplasique, et par suite, réduction au minimum du danger des greffes cancéreuses.*

*
* *

Dührssen préfère au procédé opératoire d'Olshausen un procédé dérivé de sa méthode des larges incisions du vagin dont il a fait diverses applications en gynécologie et en obstétrique. Le trait capital de ce procédé consiste dans une profonde incision vagino-périnéale, qui part du cul-de-sac du vagin, arrive à la fourchette et de là se poursuit jusqu'en arrière d'une ligne qui irait de l'anus à l'ischion. Dührssen a opéré ainsi dans le cas suivant :

Obs. — X..., 50 ans, multipare. État général mauvais, anémique, amaigrie. Depuis six mois environ, hémorrhagies abondantes et douleurs. État local : la paroi postérieure du vagin est le siège d'une infiltration cancéreuse qui s'étend au delà de la ligne médiane, vers la droite, en dehors, s'étend en bas jusqu'au voisinage de l'orifice du vagin, intéresse la paroi latérale gauche de cet organe, affecte en totalité le cul-de-sac gauche, et pousse un prolongement jusque dans le cul-de-sac antérieur. La portion vaginale du col utérin, petite, est transformée en un ulcère cancéreux. L'utérus est rétroversé et fixé dans cette situation par un infiltrat cancéreux du paramétrium gauche. Le tissu sous-jacent à la néoplasie est épaissi et induré de sorte que le néoplasme se prolonge jusqu'au rectum. En certains points, proéminent des bourgeons larges, saignant facilement et s'élevant d'un demi-centimètre sur la surface de l'ulcération.

Opération : Tout d'abord, une incision vagino-périnéale profonde remontant jusque dans le cul-de-sac droit et qui, malgré la fixation, l'immobilisation pathologique de l'utérus, rendit tout le champ opératoire aisément accessible. Escharification du carcinome avec le Paquelin. Deuxième incision circonscrivant en bas et latéralement le néoplasme, incision commençant à

l'incision vagino-périnéale et se terminant dans le cul-de-sac antérieur du vagin. En procédant de l'incision vagino-périnéale, séparation, tantôt mousse, tantôt au bistouri, du carcinome du rectum. (Contre les hémorrhagies survenues en certains points, pinces ou ligatures médiates.)

Le carcinome se trouva ainsi libéré des tissus sous-jacents jusqu'à l'utérus. On ouvrit alors le cul-de-sac vaginal antérieur, la vessie fut prudemment décollée de l'utérus et le péritoine largement ouvert. Un doigt introduit par cette brèche permit de constater nettement l'infiltrat dans le paramétrium. Suture au catgut de l'ouverture péritonéale, et réunion des extrémités des incisions vagino-périnéale et limitante du néoplasme. Ligature médiate de la base du ligament large et section de ce ligament. *Amputation haute du col* et suture immédiate de la paroi vaginale antérieure et de la muqueuse du col. Séparation, dans le tissu dégénéré (?) du petit point d'implantation du carcinome vaginal dans le cul-de-sac gauche du vagin, et ablation simultanée du carcinome vaginal et du col. Suture de la portion supérieure du bord de la plaie vaginale, à droite et à gauche, à la muqueuse du col, et coaptation par une suture continue des solutions de continuité du vagin et de la plaie périnéale. *Durée de l'opération* : une heure. *Suites opératoires* régulières. La malade, revue un mois et demi après, paraissait jouir d'une parfaite santé.

Après avoir fait remarquer que si, dans ce cas, l'opération ne pouvait être radicale, elle était justifiée par des hémorrhagies et des douleurs intolérables auxquelles elle mit, du moins momentanément, fin, Dührssen insiste sur les avantages de la technique opératoire adoptée par lui : malgré la fixation pathologique de l'utérus, l'aisance donnée par l'incision vagino-périnéale fut telle que l'examen du champ opératoire et les manœuvres chirurgicales furent aussi faciles que s'il se fût agi d'un cancer de la surface du corps. Une seule fois, le chirurgien retourna de son index le carcinome en arrière pour bien s'assurer que la ligne d'incision se tenait assez loin du tissu dégénéré; le doigt fut immédiatement désinfecté. D'une manière générale, il fut aisé d'éviter tout contact avec le néoplasme et ainsi de prévenir autant que pos-

sible les récidives par inoculation. Voici la *description du procédé* : « Mise à découvert du champ opératoire par une incision vagino-périnéale. Partant de cette incision, une seconde incision qui circonscrit le carcinome du vagin, et séparation du néoplasme des tissus sous-jacents. Ce décollement est continué jusque dans le cul-de-sac atteint; ligature du ligament large correspondant et section de ce ligament qui ainsi est séparé du col. Ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin et fixation au moyen de deux pinces du côté du col mis à découvert. Entre les deux pinces, section transversale du col. Le col et toute la partie réséquée du vagin ne tiennent plus qu'à la base de l'autre ligament. Application d'une pince sur ce ligament qu'on sectionne entre la pince et le col. A ce moment, l'excision de tout le tissu dégénéré est terminée (à condition bien entendu qu'il n'y ait pas déjà extension au paramétrium, etc.), et l'on n'a plus qu'à procéder à la suture du moignon et de la perte de substance du vagin sans crainte d'une inoculation par contact.

Quand on est résolu à l'extirpation totale de l'utérus, mieux vaut ne procéder à cette extirpation qu'après amputation haute du col, mais, contrairement à Olshausen, Dührssen ne juge pas qu'il faille toujours faire l'hystérectomie totale quand l'utérus est atteint. Car, dans tous ces cas selon lui, le plus souvent le paramétrium serait atteint non par extension de la lésion de la portion vaginale du col de l'utérus, mais par propagation directe de l'affection vaginale.

Dans les conditions habituelles, l'état anatomique permet de tracer l'incision vagino-périnéale dans le tissu sain, mais, même quand l'étendue de l'infiltration s'y oppose, on peut inciser dans le tissu morbide, à condition de faire cette incision avec le fer rouge et de ne substituer au fer rouge le bistouri que lorsqu'elle aura dépassé, dans la profondeur, les limites du processus dégénératif.

Dührssen juge que son procédé donne, à moins de frais, plus d'aisance et permet, dans les cas où il faut enlever l'uté-

rus, de prévenir plus sûrement les greffes par inoculation.

Thorn a déjà deux fois, en 1889 et 1891, choisi la voie périnéale pour extirper des carcinomes considérables de la paroi postérieure du vagin, propagés à la lèvre postérieure du col. Il a, dans les deux cas, suivi une technique à peu près identique à celle décrite par Olshausen. Or, dans les deux cas, l'opération a été suivie de récidive. Aussi, Thorn est-il persuadé qu'il ne faut pas trop s'illusionner sur les avantages de la périnéotomie, qui lui paraît exclusivement indiquée contre les carcinomes limités aux tiers inférieur et moyen du vagin. Quant aux carcinomes étendus de la paroi postérieure, propagés jusque dans le cul-de-sac postérieur, il les croit plutôt justiciables, comme les cancers haut situés du rectum, de l'intervention par la voie sacrée. D'autre part, Thompson (d'Odessa), secondairement à la communication d'Olshausen, mais avant la publication de Dührssen et de Thorn, a eu l'occasion de procéder, par une intervention semblable à celle de Dührssen, à l'extirpation d'un carcinome du vagin (incision vagino-périnéale et amputation haute du col). Comme la néoplasie affectait largement les deux parois latérales, le chirurgien fit sa première incision sur la ligne médiane. Les suites opératoires furent bonnes, et la malade, revue plusieurs semaines après, présentait toutes les apparences d'une bonne santé. Mais le temps d'observation est bien trop court pour permettre de préjuger du résultat définitif. Thompson conclut que, dans les cas d'extension à la portion vaginale, l'amputation haute du col suffit habituellement (procédé de Dührssen), que d'une manière générale le procédé de Dührssen, est préférable à celui d'Olshausen et moins mutilateur, qu'enfin si la méthode périnéale est particulièrement indiquée contre les carcinomes bas situés, la voie sacrée (Fritsch, Thorn) convient mieux aux dégénérescences étendues du vagin.

*
* *

En France, l'ablation des cancers du vagin après périnéo-

tomie ne semble guère avoir été pratiquée jusqu'ici. A peu près seul, M. Pozzi semble y avoir eu recours. En présence d'une femme à vulve étroite, il commença par dédoubler la cloison recto-vaginale et poussa la dissection avec les ciseaux jusque dans le cul-de-sac de Douglas. Le vagin fut incisé immédiatement en arrière du col; le néoplasme, large comme une pièce de 5 francs et séparé du col par un intervalle de 2 centim., fut attiré en bas et largement excisé. La brèche vaginale fut rétrécie par quelques points de suture, le péritoine drainé par une mèche et le périnée fermé par trois sutures métalliques disposées à la Lawson Tait. La malade guérit.

Dans la discussion qui suivit la présentation de cette observation, MM. Routier, Segond et Bazy disent avoir pu enlever des épithéliomas du vagin par ce conduit, pratique qu'accepte M. Pozzi, qui réserve la périnéotomie aux cas où le vagin est étroit et par conséquent peu commode à suivre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

R. Olshausen. *De l'extirpation du vagin.* (Ueber Exstirpation der Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 1, p. 1. — A. Duhrssen. *De l'extirpation du vagin.* (Ueber Exstirpation der Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 9, p. 234. — W. Thorn. *De l'opération des carcinomes volumineux de la paroi postérieure du vagin.* (Zur Operation grosser Carcinome der hinteren Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 9, p. 240. — H. Thompson. *De l'extirpation du vagin.* (Zur Exstirpation der Vagina.) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 22, p. 603. — Pozzi. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1894, p. 833.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 juin.

MM. Bar et Rénon. — Pour essayer d'élucider la question si intéressante de la **transmissibilité directe par le placenta de la tuberculose bacillaire de Koch de la mère au fœtus dans l'espèce**

humaine, nous avons dans cinq cas recueilli au moment de la naissance une certaine quantité de sang s'écoulant par le bout placentaire de la veine ombilicale, et nous l'avons immédiatement injecté à des cobayes sous la peau de l'abdomen.

Dans trois cas les résultats ont été négatifs et les cobayes ne sont pas devenus tuberculeux : dans deux cas les résultats furent positifs.

Dans le premier cas il s'agissait d'une femme tuberculeuse pulmonaire à la troisième période, et dont les crachats contenaient des bacilles de Koch, qui mit au monde un fœtus mort depuis la veille. Le placenta ne présentait pas de lésions apparentes. Le sang s'écoulant de la veine ombilicale fut injecté à un cobaye qui présenta un chancre d'inoculation caséeux et ulcéreux et succomba deux mois plus tard avec de la tuberculose du foie et de la rate : la pulpe splénique et la masse caséeuse du chancre contenaient des bacilles de Koch. L'autopsie de l'enfant pratiquée immédiatement après la mort ne permit pas de trouver des tubercules dans les organes ; d'ailleurs des frottis sur lamelles avec la pulpe splénique, hépatique, rénale, pulmonaire de l'enfant ne contenaient pas de bacilles de Koch. On injecta à trois cobayes de cette pulpe de foie, de poumon, et de la sérosité péritonéale : de ces trois animaux, deux succombèrent ; d'abord le cobaye inoculé avec la sérosité péritonéale de l'enfant présentant une tuberculose de la rate, mais sans chancre, et nous n'en avons point tenu compte pour cette raison ; puis le cobaye inoculé avec la pulpe du foie présentant un chancre d'inoculation et une tuberculose du poumon, du foie et de la rate : la pulpe splénique et les parois du chancre contenaient des bacilles de Koch.

Dans le second cas la mère avait des cavernes pulmonaires étendues mais l'examen des crachats n'a pas été pratiqué. L'enfant né vivant succomba le quarantième jour avec de la broncho-pneumonie. Le placenta paraissait normal. Au moment de la naissance, on recueillit du sang de la veine ombilicale et on l'injecta à deux cobayes. Un de ces animaux survécut, l'autre succomba avec un chancre d'inoculation et une tuberculose viscérale généralisée ; la rate farcie de tubercules adhérait à la paroi abdominale au niveau du chancre : sa pulpe contenait des bacilles de Koch. Injectée à deux autres cobayes, cette pulpe

leur donna une tuberculose généralisée reconnue bacillaire de Koch par l'examen bactériologique.

Il nous a semblé qu'il existait un certain rapport entre la gravité de l'affection et les résultats positifs de l'inoculation au cobaye, les mères étant dans ces deux faits mortes peu après l'accouchement.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 13 *juin* 1895.

M. Labusquière désire rectifier l'interprétation faite par M. Pichevin, des cas de mort cités par Olshausen. Il ne s'agit pas d'un cas de perforation utérine, mais bien d'accidents de nature septique (1). M. Labusquière n'a pas cité ces faits comme objection à la thérapeutique intra-utérine envisagée d'une façon générale, mais il croit qu'on peut les opposer aux succès très rares, très incertains avec cette méthode dans les affections suppurées des annexes. Personnellement, il a eu recours à la dilatation extemporanée (dilatateurs métalliques) ou progressive (laminaires aseptiques, gaze iodoformée), et au curettage suivi de lavages antiseptiques dans plusieurs cas d'accidents post-partum ou post-abortifs et, surtout dans les derniers, avec de très bons résultats. Il a également fait le curettage, toujours suivi de l'application de substances caustiques, dans des cas d'endométrite hyperplasique, de métrite hémorrhagique, — et, le plus souvent, les suites de l'intervention ont été très heureuses.

MM. Bar et Tissier. **Périartérite probablement syphilitique chez le fœtus. Lésions cardiaques consécutives. Dissociation des vaisseaux funiculaires par fonte de la gélatine de Wharton. Placenta marginal.** — L'enfant, qui pesait 3,400 gr., naquit en état de mort apparente. Ranimé, il ne respira que quelques instants et succomba. Le cordon ne mesure que 60 centimètres. Près de son insertion placentaire, sur un parcours de 7 à 8 centim., son revêtement amniotique est complet, mais un peu plus loin l'amnios semble avoir éclaté, le tissu de la gélatine de Wharton fait hernie. Pendant quelques centimètres le cordon reprend son aspect

(1) *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1895, p. 63.

normal, puis il se désagrège complètement et les vaisseaux funiculaires forment trois cordons isolés lesuns des autres. En sectionnant le cordon, dans sa partie non altérée et au niveau des artères dissociées, on a été frappé de la résistance de son tissu qui criait sous le couteau. Le cordon, qui contenait la veine, notamment, était formé d'un tissu crétacé. Autour des trois vaisseaux on voyait une gangue très épaisse. Au microscope les vaisseaux du placenta sont le siège d'une énorme ectasie.

L'autopsie de l'enfant a montré un thrombus situé autour de la veine ombilicale et allant jusqu'au foie, dans lequel il semble pénétrer; au-dessus du foie, le sang monte jusqu'au diaphragme et dissèque dans sa partie antérieure le ligament falciforme. Ce thrombus était dû à une rupture de la veine ombilicale quelques millimètres en dedans de l'anneau. Les vaisseaux du foie ont un calibre énorme, ils sont béants et entourés d'une gaine scléreuse. Le cœur était énorme et remplissait presque la cavité thoracique : le muscle cardiaque était hypertrophié, les cavités droites et l'oreillette gauche fortement distendues. Il y avait insuffisance de la valvule tricuspide, ouverture large du trou de Botal, dilatation de la veine cave inférieure, de l'artère pulmonaire, de l'aorte, du canal artériel.

Au microscope, les veines centrales des lobules hépatiques sont énormes, les cellules hépatiques sont aplaties et séparées les unes des autres par des canalicules sanguins, très ectasiés. Dans les espaces intra-lobulaires, gros vaisseaux veineux plongés dans une gaine de tissu fibreux fort épaisse ; les parois des veines et des artères sont hypertrophiées. Dans le rein, les vaisseaux sanguins sont aussi entourés d'une gaine de tissu fibreux. Mêmes lésions dans la rate. Ces lésions sont semblables à celles qu'on trouve chez les fœtus syphilitiques, et dans le rein on pouvait voir de véritables gommes. La mère ne présentait pas de lésions spécifiques lors de son accouchement, mais elle aurait eu des accidents au début de sa grossesse.

En terminant, M. Bar insiste sur le placenta qui était marginé ; il pense qu'ici la genèse des infarctus blancs, qu'on trouve en ceinture autour du placenta, peut s'expliquer par ce fait que dans les premiers temps de la vie intra-utérine, le champ d'insertion du chorion placentaire s'est trouvé rétréci par une affection choriale, telle que la périartérite.

MM. Macé et Durante. **Sur un cas de dissociation des vaisseaux du cordon par fonte de la gélatine de Wharton.** (Service de M. Porak.) — L'enfant est né vivant et est encore bien portant.

La gaine funiculaire était déchirée et les artères se montraient par places à nu. Au microscope on trouve de l'endo et de la périphlébite intense tout le long du cordon, peut-être plus forte du côté du fœtus.

Les artères sont à peu près saines.

La substance gélatineuse présente des amas de cellules rondes surtout à la périphérie.

Par places, soit dans la substance gélatineuse, soit dans la tunique externe de la veine, petits amas de cellules rondes qui sont des gommes.

En résumé, endopériphlébite probablement de nature syphilitique.

M. Doléris. **Pathologie utérine et maladie de Basedow.** — A propos de la communication de M. Jouin, à la dernière séance, M. Doléris est surpris du nombre des cas que cet auteur a rencontrés. Il croit que la thérapeutique utérine ne peut guérir que les femmes ayant de la tachycardie, simulant la maladie de Basedow, mais que chez celles ayant véritablement un goitre exophtalmique, il serait imprudent de promettre de les guérir de leur goitre par une intervention dirigée contre leur affection utérine. Il pense que M. Jouin aura étiqueté « maladie de Basedow » des affections qui n'ont d'analogie avec cette maladie que par quelques phénomènes symptomatiques. Personnellement, et conformément à l'expérience des autres, le goitre exophtalmique vrai est plutôt rare.

M. Jouin. — Dans les cas douteux, j'ai fait contrôler mon diagnostic par M. le Professeur Potain, qui l'a toujours confirmé. Je suis convaincu que maintenant que l'attention est attirée sur ce point, on trouvera plus souvent chez les utérines des cas de goitre exophtalmique.

Thérapeutique intra-utérine. *Discussion (suite).* — M. Bonnet. Dans le traitement de la cervicite, chez les nullipares et chez les multipares dont le col a conservé un volume à peu près normal, l'auteur pratique l'évidement du col au moyen d'une curette à boucle très tranchante. Au moyen de cet instrument,

on abrase de haut en bas, non seulement la muqueuse, mais des copeaux du tissu musculaire sous-jacent. On est sûr ainsi d'enlever ou d'ouvrir toutes les glandes et de rendre leurs culs-de-sac accessibles aux pansements consécutifs. Chez les multipares, lorsque le col est déchiré bilatéralement il a recours à l'opération de Schrœder. Quant aux inflammations annexielles, leur traitement indirect ne lui paraît pas répondre à tous les besoins; cependant, en raison de son innocuité et des avantages qu'on peut en retirer, même en cas de nécessité ultérieure d'un traitement radical, on doit le proposer aux malades, si on a sur elles assez d'autorité pour le leur faire accepter avec les inconvénients de sa durée et l'éventualité d'un succès incomplet ou même d'un insuccès possible. — Ch. Fournel. La dilatation de l'utérus, appliquée aux lésions pelvi-annexielles suppurées, n'est pas une méthode conservatrice comme elle le prétend; c'est un procédé destructeur, responsable des mutilations et d'une grosse mortalité. En effet : 1° elle sphacèle et mortifie les ovaires par macération prolongée dans le pus non évacué, d'où stérilité; 2° elle rend indispensable la castration totale, parce que le pus gagnant en profondeur est devenu inaccessible à l'incision; 3° elle porte au maximum le danger de cette castration en faisant pratiquer une opération plus difficile (multiplication des adhérences) sur une malade moins résistante (auto-intoxication prolongée); 4° la dilatation tue encore par mort brusque en rompant une collection de pus dans le péritoine.

REVUE ANALYTIQUE

PLACENTA

(*Anatomie et pathologie.*)

Contribution à l'anatomie normale et pathologique du placenta. (Beiträge zür normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Placenta). J. Merttens. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. XXX, Hft. 1, p. 1; Bd. XXXI, Hft. 1, p. 29 et *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 27, p. 726.

Le travail très soigneux de Merttens est divisé en quatre parties.

Dans la première, l'auteur décrit un œuf humain accidentellement détaché dans un curettage, œuf qui était long de 3 millim. et large de 2 millim. Il distingue dans les membranes de l'œuf trois zones : 1) chorion avec villosités et colonnes cellulaires d'origine ectodermique; 2) couche ampullaire de la caduque; 3) couche compacte de la caduque située entre les deux premières.

La trame connective du chorion et des villosités est tapissée de dedans en dehors par la couche cellulaire de Langhans, le syncytium ou plasmodium. De l'extrémité des villosités et produits de la prolifération des cellules de Langhans, émanent en quelque sorte des colonnes cellulaires.

La couche ampullaire, indépendamment de nombreuses sections glandulaires et des cellules caractéristiques, contient des éléments que l'auteur rapporte au syncytium ou couche plasmodiale et *qui n'ont pas été encore décrites dans l'anatomie du placenta humain.*

La couche compacte se distingue par sa grande richesse en masses syncytiales, qui renferment de très nombreux et souvent volumineux noyaux. Nulle apparence de sections glandulaires en un point quelconque de cette zone, mais de nombreuses vacuoles.

Sur un petit fragment de muqueuse, obtenu au cours du même curettage, l'auteur trouva la preuve formelle que le syncytium (masse protoplasmique à noyaux, sans formations cellulaires définies) dérive soit de l'épithélium utérin superficiel, soit de l'épithélium des glandes. (Deux dessins schématiques, mettent en évidence les diverses phases du développement du placenta humain).

Merttens tient l'espace intervilleux pour un espace intra-vasculaire qui provient des capillaires superficiels, fortement dilatés.

Dans la seconde partie, il étudie la question suivante : *dans les mois qui suivent la mort prématurée du fœtus, la nutrition des villosités peut-elle encore se maintenir?* Or, d'une série d'examens ayant porté sur neuf placentas (dont la durée de la rétention dans l'utérus après la mort du fœtus avait pu, dans certains cas, être exactement déterminée), il conclut affirmativement. Il décrit, pour les vaisseaux des villosités de nutrition et des tiges villeuses, des phénomènes de prolifération, évoluant aux dépens de la tunique interne et aboutissant à des thromboses vasculaires plus ou moins caractérisées et n'apparaissant, selon

toute vraisemblance, que consécutivement à la mort du fœtus. Au contraire, les vaisseaux des racines des villosités et du chorion sont indemnes de ces altérations. Quand il existe dans le placenta des infarctus, les vaisseaux du placenta sont également dépourvus de proliférations de nature connective.

Dans un cas où selon toute probabilité, l'œuf fut retenu cinq mois et demi après la mort du fœtus, le placenta présentait des « *particularités anatomiques qui témoignent que le tissu villeux croît en largeur, après la mort du fœtus* ».

Dans la troisième partie, Merttens décrit des foyers de nécrose, appartenant à la caduque, qu'il constata sur des œufs abortifs de 1 à 6 mois. Ces foyers, dans l'ensemble, restent limités dans la sérotine et la caduque réfléchie. A leur niveau, les éléments déciduaux ont été frappés de mort, et sont remplacés par des leucocytes très nombreux, et pour le plus grand nombre multinucléaires. D'après Merttens, ces nécroses sont dues en partie à des extravasations sanguines qui se font dans la caduque, à la surface fœtale du foyer nécrosique (5 cas), et en partie à des thromboses de troncs artériels afférents (2 cas).

Dans la quatrième partie de son travail, l'auteur décrit un cas d'hyperplasie des villosités choriales. La zone hyperplasiée constituait dans un placenta correspondant à un enfant à terme, une tumeur, représentant un quart de la totalité du délivre, et provenait d'*une* tige villeuse. R. LABUSQUIÈRE.

Sur le développement de la circulation maternelle dans le placenta humain. (Ueber die Entwicklung des mütterlichen Blutkreislaufes in der menschlichen Placenta), par E. BUMN. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIII, Hft. 2, p. 181.

L'installation d'une circulation maternelle dans l'espace intervilleux se fait par les deux processus successifs suivants : dans quelques saillies et septa de la sérotine, il se produit une dilatation des rameaux artériels terminaux qui, en certains points, aboutit à la transformation caverneuse du tissu et finalement à l'irruption du sang dans le tissu avoisinant. Le tissu se trouve dissocié et meurt. Il ne reste plus dans les saillies de la sérotine que les touffes artérielles relativement volumineuses, qui déversent librement le sang dans l'espace intervilleux. D'autre part, les villosités poussent activement dans les dépressions de la sérotine, érodent le tissu

maternel, en provoquent la résorption, et grâce à ce processus, parviennent jusqu'aux sinus veineux et finalement les pénètrent. De cette façon se trouvent préparées, dès le principe, les conditions qu'on rencontre à partir du milieu de la grossesse jusqu'à la fin (abouchement des artères au niveau des saillies de la sérotine et des septa placentaires, abouchement des veines dans les dépressions intermédiaires). La circulation sanguine dans les espaces intervilleux serait donc, conformément à l'opinion de Kölliker, etc., essentiellement extra-vasculaire. R. LABUSQUIÈRE.

Carcinome de l'utérus ayant son point de départ dans les villosités choriales (après môle vésiculaire). Das von dem Epithel der Chorionzotten ausgehende Carcinom des Uterus (nach Blasenmole). L. FRÆNKEL (Greifswald). *Arch. f. Gyn.*, 1894. Bd. XLVIII, Hft. 1, p. 80.

OBS. — Femme de 25 ans. Dernières règles vers la mi-avril 1892. Fin juin survinrent des hémorrhagies qui se prolongèrent jusque vers le 18 juillet, époque à laquelle *fut expulsée une môle vésiculaire*, grosse comme une tête fœtale. Un curettage de la matrice fait avec le doigt permit d'extraire encore des portions de môle. L'intervention s'accompagna d'hémorrhagie qui fut arrêtée par des injections intra-utérines chaudes et le tamponnement avec de la gaze iodoformée. La femme fut retenue au lit deux mois environ, par suite d'une phlébite et périphlébite du membre inférieur droit. Deux années après, elle rentrait à la clinique se plaignant de crises douloureuses paroxystiques, abdominales, et d'hémorrhagies datant depuis tantôt quinze jours. Les accidents et les hémorrhagies continuant malgré les calmants et le repos, la laparotomie fut faite qui permit de constater la présence de trois tumeurs, dont deux correspondaient aux ovaires atteints de dégénérescence microkystique et la troisième était d'origine utérine. Consécutivement, il se fit des noyaux métastatiques multiples intéressant le paramétrium, les parois vaginales, la vessie ; les hémorrhagies continuèrent et la femme mourut deux mois et demi après avoir été laparotomisée.

Des examens microscopiques multiples auxquels l'auteur a soumis la tumeur utérine, il tire les conclusions suivantes :

1° *L'aspect général du processus est celui d'une tumeur maligne :* a) localement, il détruit les tissus ; b) il donne lieu à des métastases.

2° La tumeur avait son siège primitif dans l'utérus, car on y rencontre les altérations les plus anciennes, les plus étendues, les plus profondes.

3° La tumeur qui renferme des proliférations cellulaires ayant tantôt le caractère épithélial, et tantôt — au moins en un point — le caractère connectif, est *primitivement, une tumeur épithéliale, maligne*, car, aux confins des tissus sains, on ne trouve que des amas cellulaires épithéliaux aussi bien que dans les foyers métastatiques.

4° En raison de la disposition des cellules, il ne peut s'agir ni d'une tumeur exclusivement kystique, adénomateuse ou papillaire parce que les cellules ne constituent ni espace creux, ni papille, ni autre disposition typique : *en réalité, il s'agit d'un carcinome.*

5° Le lieu d'origine du néoplasme aurait pu être : a) l'épithélium superficiel de la muqueuse utérine ; *b*) l'épithélium des glandes utérines ; c) l'épithélium des villosités choriales, en rapport avec la môle jadis expulsée, et éventuellement restées *in utero.*

En faveur de cette dernière hypothèse militent les raisons suivantes : a) le cancer de la muqueuse du corps de l'utérus se comporte, histologiquement, de façon toute différente. Car, en dépit des proliférations cellulaires atypiques, la structure des glandes utérines, avec leur épithélium haut, reste reconnaissable ; presque toujours, les cellules se distinguent nettement les unes des autres ; la structure alvéolaire est très acusée.

b) Antérieurement, une môle avait été expulsée et non *en totalité*, puisque le curettage digital avait ramené des portions de môle restées *in utero.*

c) On retrouve dans la tumeur précisément les caractères si particuliers reconnus à l'épithélium villeux en voie de prolifération : *absence de délimitations cellulaires, richesse si remarquable en chromatine des noyaux, apparition de vacuoles nombreuses, tendance hémorrhagique si marquée de la tumeur, disposition trabéculaire et rétiforme ; finalement, substitution aux parois normales des vaisseaux des cellules de la tumeur.* D'autre part, les dessins concordent dans leurs plus petits détails, autant du moins qu'il s'agit de cordons épithéliaux, avec ceux représentés par Zahn, Kahldens, H. Meyer et Gottschalk et en partie examinés et reconnus comme épithélium villeux par Klebs et Waldeyer.

Aussi, l'auteur conclut-il, en toute certitude, qu'on s'est trouvé, dans ce cas, en présence d'un *carcinome primitif de l'utérus,*

ayant eu son point de départ dans l'épithélium des villosités choriales. R. LABUSQUIÈRE.

Un cas de déciduome malin. (A case of deciduoma malignum), par BACON (Chigaco). *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 679.

OBS. — Femme de 48 ans, ayant eu huit enfants et deux avortements, avec des suites de couches toujours normales. En décembre 1892, au neuvième mois de sa neuvième grossesse, elle expulse une môle hydatique. Cinq semaines après, hémorrhagie abondante qui nécessite le tamponnement. Puis, à des intervalles plus ou moins longs, nouvelles hémorrhagies. Entrée à l'hôpital, le 13 juin 1893, on pense à une rétention de portions du délivre. Le curettage est fait le 16 juin. Mais les accidents continuent et la femme meurt le 25 juin après avoir présenté la série des accidents suivants : métrorrhagie récidivante ; anémie secondaire ; pleuro-pneumonie bilatérale ; endocardite mitrale (?) ; septicémie (?) ; lésion de décubitus acutus au sacrum ; œdème des membres inférieurs. *Diagnostic post mortem :* déciduome malin de l'utérus post-partum ; déciduome secondaire du ligament large droit et des poumons ; endométrite et salpingite suppurées, péritonite purulente diffuse et pleurésie purulente bilatérale ; dégénérescence adipeuse du myocarde ; marasme universel ; mal de Bright chronique, léger ; thrombose des veines utérines.

L'auteur a utilisé ce cas pour des recherches histologiques ayant pour but d'étudier la question des tumeurs malignes d'origine placentaire. Il a également soumis à une analyse critique les différents travaux parus sur le même sujet. Ses conclusions sont les suivantes : 1° Il existe une variété de tumeur utérine, prenant son point de départ dans l'aire placentaire durant la grossesse, ou peu après l'expulsion d'un œuf normal ou d'une môle hydatique ; tumeur composée de cellules déciduales qui pénètrent la paroi utérine. Tantôt isolées, sous formes de trainées ou d'agrégats, tantôt dispersées en réseaux plus réguliers, elles pénètrent les parois vasculaires, donnant lieu à des hémorrhagies ou produisant des métastases dans divers organes, plus spécialement dans les poumons.

2° Les cellules envahissantes du néoplasme amènent la dégénérescence de fibres musculaires qui, à leur tour, arrivent à ressembler à ces cellules. Mais, *il n'y a pas transformation vraie des cellules musculaires en cellules de la tumeur.*

3° Les cellules du néoplasme ne dérivent pas de l'endothélium vasculaire.

4° Les éléments cellulaires divers de la tumeur ont une origine commune; les différences morphologiques tiennent à des conditions différentes de développement.

5° La môle hydatique, dont l'occurrence est fréquente dans ces cas, prédispose au développement de ces tumeurs en diminuant la résistance du tissu utérin contre l'invasion des cellules déciduales.

6° Il est d'autres tumeurs utérines, constituant un autre groupe, qui, cliniquement, ressemblent à celles dont il est ici question. Mais elles sont composées de villosités choriales plus ou moins dégénérées, qui se développent dans les sinus veineux et forment des tumeurs métastatiques semblables aux néoplasmes *in utero*.

R. LABUSQUIÈRE.

Des soi-disant tumeurs « déciduales » consécutives à l'accouchement normal, à l'avortement, à la môle vésiculaire et à la grossesse extra-utérine. (Ueber die sogenannten « decidualen » Geschwülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extrauterinschwangerschaft), par MARCHAND. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* 1895, Bd. 1, Hft. 5, p. 419 et Hft. 6, p. 513.

Le premier cas que cite l'auteur est fort intéressant. Une jeune fille (17 ans) est opérée par Ahlfeld pour une affection néoplasique, hémorrhagipare, du vagin. Portions du tissu morbide — qu'on inclinait à étiqueter angio-sarcome — sont envoyées à l'institut anatomo-pathologique pour y être examinées. Or, l'auteur reconnaît dans ce tissu une structure anatomique qui ressemblait d'une manière frappante à celle décrite, peu auparavant, par Gottschalk sous le nom de « *Sarcome des villosités choriales* ». Entre temps, on fait un curettage de l'utérus qui procure des portions de muqueuse utérine. Et, l'examen de ces fragments muqueux montre que *la muqueuse utérine est tout à fait normale* (intégrité absolue des éléments glandulaires et du tissu interstitiel). Pas de tumeur utérine, pas le moindre vestige d'un avortement. Dans ces conditions, on suspend tout jugement définitif sur la nature de la tumeur. Mais, la tumeur vaginale récidive, son étude histologique fait reconnaître la même structure que celle des fragments examinés en premier lieu ; finalement, la femme meurt, ayant présenté des symptômes d'infection septique (abcès périarticulaire au

niveau de l'épaule gauche) auxquels se surajouta, peu avant la mort, une péritonite aiguë dont on trouva la cause à l'autopsie. On constata en effet l'existence d'une *grossesse tubaire*, du côté gauche, avec traces de rupture du kyste fœtal (d'où la péritonite). D'autre part, l'examen histologique démontra formellement que le placenta était devenu le point de départ d'un processus néoplasique, ayant exactement même structure que les tissus morbides du vagin, c'est-à-dire composé du même syncytium (masse plasmodiale) trabéculaire et des mêmes éléments cellulaires.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une *tumeur épithéliale maligne* (destructrive) *de l'aire placentaire, utérine, après un accouchement normal.*

Obs... 34 ans, neuf accouchements; le dernier, naturel, le 26 novembre 1893; trois semaines après, forte hémorrhagie. En avril 1895, récidive de l'hémorrhagie. Un médecin retira deux poignées de masses charnues, jaune rougeâtre, qui remplissaient l'utérus augmenté de volume et paraissaient devoir être situées au niveau de l'aire placentaire. Peu après, hémorrhagies nouvelles. *Examen* le 20 avril : utérus hypertrophié, en rétroversion, et solidement fixé en arrière ; paramétrium libre. A l'exploration de la cavité utérine, constatation au niveau du fond de l'organe d'une tumeur, grosse comme une pomme, molle, dont le doigt entraîne des portions rouge sale. Dans une tentative de redressement de l'utérus au moyen d'une sonde, on produit une perforation de la paroi utérine. *Hystérectomie vaginale totale.* A l'ouverture du Douglas, s'écoule un liquide rouge sale, fétide. Soigneusement, on enlève aussi complètement que possible, dans le bassin, les portions de tumeur restées sur les adhérences. Après des suites opératoires critiques, l'opérée finit par revenir à la santé et put être renvoyée guérie le 23 mai.

En octobre 1894, elle se représenta. Sa santé paraissait excellente et la cicatrice vaginale était absolument régulière. Pas la moindre apparence de tumeur dans le ventre.

Ces deux cas ont été utilisés par l'auteur pour de nombreux et laborieux examens. De ces recherches aussi bien que de l'examen comparé et critique des observations multiples et des travaux parus sur la question (Chiari, Jacubasch, Sänger, Kahlden, Pestalozza, Gottschalk, Schmorl, Lebensbaum, Jeannel, Marchand-Ahlfeld, Marchand-Everke, Meckel-Gregorini, Guttenplan, Meyer, Pfeifer, Kaltenbach-Rummel, Müller, Lohlein, Nové-Josserand et Lacroix, Perske-Fraenkel, Klein, Menge, Hartmann et Toupet), il est arrivé aux conclusions suivantes : 1° Tous les cas sont, au

fond, de même nature, bien qu'ils puissent présenter des différences notables dans leur composition.

2° Toutes ces tumeurs sont essentiellement de nature épithéliale; deux sortes de tissu concourent à leur formation : a) le syncytium, c'est-à-dire la couche épithéliale, utérine du chorion, b) les éléments de la couche cellulaire de Langhans, c'est-à-dire les éléments de l'épithélium ectodermique du chorion.

3° Ces éléments de deux ordres constituent une portion normale de la sérotine. Ils peuvent, par suite, devenir le point de départ de productions malignes dans lesquelles les deux formes épithéliales présentent les mêmes connexions que dans les villosités.

4° Les *dérivés du syncytium* affectent diverses formes : 1) grosses cellules à noyau volumineux, riche en chromatine; 2) masses protoplasmiques multinucléaires ; 3) tissu trabéculaire et rétiforme multinucléaire, comprenant des vaisseaux vis-à-vis desquels ils affectent les mêmes connexions que le syncytium vis-à-vis des espaces intervilleux. Assez souvent, les noyaux atteignent une grosseur notable et se multiplient (constamment ?) par segmentation directe (étranglement).

5° Les *éléments de la couche cellulaire* (de l'ectoderme) se présentent le plus souvent sous la forme de cellules claires, polyédriques, qui se distinguent par leur abondance en matière glycogène et se multiplient par segmentation indirecte (karyokinèse). Le volume de ces cellules est très variable, mais le plus souvent elles sont plus petites que les éléments étalés du syncytium.

6° La grossesse vésiculaire favorise la production des néoplasmes malins, parce que dans ce cas la pénétration des éléments épithéliaux dans la sérotine est beaucoup plus accusée que dans la gestation normale.

7° Les cellules déciduales proprement dites ne participent pas à la formation des néoplasmes malins, ou du moins n'y participent que dans une mesure très faible, et alors au point où ils ont primitivement pris naissance.

8° On n'a pas encore démontré la participation du tissu connectif du chorion au développement des néoplasmes malins.

9° Les productions métastatiques, dépendantes de ces tumeurs, se font presque constamment par la voie sanguine.

Il est difficile de préciser la place exacte qui revient à ces néoplasmes parmi les tumeurs connues. Si l'on s'accorde à dénommer

carcinomes toutes les tumeurs épithéliales, malignes, ceux-ci mériteraient cette dénomination. Mais, ces néoplasmes d'observation rare, et qui ne se rencontrent que dans des conditions de la vie tout à fait spéciales et liées au développement de l'œuf, on ne doit peut-être pas se borner à les placer tout simplement à côté des productions épithéliales communes. La dénomination *tumeurs de la sérotine* serait plus juste, parce que la sérotine constitue, toujours, leur lieu d'origine. R. LABUSQUIÈRE.

De la structure des môles hydatiques. (Ueber den Bau der Blasenmole, par MARCHAND (Marbourg). *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 3, p. 404.

L'auteur a donné comme fondement à ce travail l'étude d'une môle hydatique restée *in utero*, et qui a amené la mort de la femme par des hémorrhagies répétées.

Le diagnostic clinique avait été : môle hydatique ou placenta prævia. Il est impossible de suivre l'auteur dans tous les détails de son laborieux travail, et nous nous bornerons à citer l'opinion qu'il s'est faite sur la question et qu'il résume comme suit : « Je tiens pour très vraisemblable que les môles, qui se développent de bonne heure, sont la conséquence d'une altération primitive de l'œuf (altération sous la dépendance le plus souvent de causes maternelles, ménopause, chlorose, anomalies menstruelles, néphrite, etc.). L'altération la plus importante est celle des éléments épithéliaux (Syncytium) et cellules ectodermiques (couche de Langhans), susceptible peut-être d'amener un œdème précoce du tissu chorial, connectif. Les éléments épithéliaux aussi bien de de l'ectoderme (couche de Langhans) ou du syncytium (dérivé d'après Marchand, de l'épithélium utérin), se distinguent, même de bonne heure, par une faculté de prolifération remarquable, qui leur confère en quelque sorte l'importance d'une néoplasie maligne, faculté d'ailleurs commune à tous les tissus embryonnaires, quand ils se trouvent dans de bonnes conditions de développement.

Mais, dans les parties du chorion de nature connective, les processus de dégénérescence l'emportent sur ceux de prolifération active.

Il ne faut pas nier, toutefois, que d'autres circonstances peuvent donner lieu à d'autres formes de môle vésiculaire, particulièrement aux môles partielles. D'autre part, le développement relative-

ment assez considérable du fœtus, coincidant avec une môle hydatique, prouve que celle-ci a pu se développer à une époque assez tardive. Enfin, des degrés légers de dégénérescence vésiculaire des villosités choriales, qu'on constate assez souvent sur des œufs abortifs, peuvent résulter de troubles locaux de nutrition survenus après la mort du fœtus.

Mais ces troubles de nutrition ont une toute autre importance quand ils sont liés à des affections de tout l'œuf ou de la totalité du placenta. R. LABUSQUIÈRE.

De l'histologie des môles vésiculaires et de leurs rapports avec les tumeurs utérines malignes (déciduomes) dérivées des villosités choriales. (Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren), par L. FRAENKEL (Fribourg). *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 3, p. 481.

Dix spécimens de môle vésiculaire, typiques, ont servi à l'auteur pour ses recherches. Avant de décrire les détails d'anatomie pathologique constatés dans ses multiples examens, il résume l'histoire de six des femmes qui étaient atteintes de ces tumeurs, et dont il a pu avoir des nouvelles alors que, depuis plusieurs années déjà, elles avaient été opérées à cause des accidents causés par la dégénérescence kystique des villosités choriales. Cette relation faite succinctement, il entre dans le détail des examens histologiques, multiples qui l'ont conduit aux conclusions suivantes.

Nous avons, sur ces pièces, outre les villosités non modifiées, trouvé un si grand nombre de villosités ayant subi la dégénérescence myxomateuse, que la dénomination choisie par Wirchow « *myxome du chorion* », comme exprimant la modification essentielle, semble particulièrement exacte, appliquée à nos cas. D'autre part, nous avons constaté des particularités non mentionnées dans la littérature médicale dont nous avons pu disposer. Abstraction faite des villosités avec prolifération du syncytium et de la couche cellulaire immédiatement sous-jacente, nous trouvâmes des masses protoplasmiques et des foyers de cellules qui, selon toute apparence, n'étaient plus reliées avec les villosités, mais se trouvaient libres, et sur une grande étendue, dans le sein des tissus. Il parut démontré que ces éléments étaient de deux ordres et qu'en réalité c'étaient des dérivés des deux couches

cellulaires des villosités, syncytium et couche cellulaire sous-jacente. Ces produits de prolifération dérivent aussi bien des villosités non modifiées que des villosités myxomateuses.

Quelle est la signification de ces éléments ? En ce qui concerne les bourgeons épithéliaux émanés du syncytium et qui, pour la la plupart, affectent la forme en massue, on peut dire qu'ils ne présentent absolument rien d'anormal, qu'ils sont plutôt connus depuis longtemps. On les rencontre en grand nombre dans les œufs jeunes et, dans ce cas comme dans celui de môle vésiculaire, on admet communément qu'ils représentent la première phase du développement des villosités. Il y a tout d'abord formation d'un bourgeon épithélial, dans lequel un stroma apparaît secondairement qui étale les éléments épithéliaux sous forme de manteau (revêtement épithélial).

Quant aux cellules volumineuses, vésiculaires, sphériques ou polyédriques, nous avons vu qu'elles dérivent par prolifération des cellules de la couche de Langhans, couche qui, dans une portion des villosités, apparaît entre le stroma et le syncytium. Quand ces cellules sont situées dans les villosités, ou bien lorsqu'elles forment des rameaux villeux tapissés d'épithélium, elles semblent également, au moins dans les cas d'œufs indemnes de dégénérescence vésiculaire, parfaitement connues et expliquées. Tout au moins Heinz prétend que le stroma des bourgeons cellulaires jeunes, est composé exclusivement de ces cellules, qu'ensuite, peu à peu, le stroma devient fibrillaire, et que les cellules finissent par se réduire à une couche unique, sous-jacente au syncytium. Je ne sais jusqu'à quel point cette interprétation est juste. Sur d'autres œufs, ces éléments sont rares, mais pour mes pièces de môle hydatique où ils sont en nombre, on ne peut rejeter délibérément cette explication.

En ce qui concerne encore d'autres éléments qu'on trouve en grand nombre, et dans lesquels on voit, dans l'intérieur du manteau épithélial, du stroma normal ou myxomateux et de nombreux éléments cellulaires séparés du stroma seulement par du syncytium, Bulius en a fourni, selon toute vraisemblance, l'explication exacte. Il suffit de se rappeler le processus de développement des villosités. Maintes fois, deux rameaux villeux se trouvent tout près l'un de l'autre, au point qu'ils fusionnent leur syncytium, soit sous forme d'une couche simple, soit seulement par portions. Mais, semblable phénomène peut se produire entre une villosité

normale ou myxomateuse et un rameau villeux, ce qui aboutit précisément à la formation des éléments de tissu en question.

Par contre, il est plus difficile de prendre pour un bourgeon villeux jeune, normal, un élément composé d'un manteau épithélial et d'un stroma constitué par de semblables cellules quand cet élément, même à un faible grossissement, occupe tout un champ visuel. Il est de même impossible de retenir pareille explication quand il s'agit de masses cellulaires, sans manteau épithélial, et libres au sein des tissus. On se trouve alors sûrement, en présence d'une formation pathologique. On peut en dire autant des traînées épithéliales, réalisant des éléments plus complexes, souvent disposés en guirlande, situées à bonne distance des villosités et ne rappelant aucunement la disposition de ces dernières.

On se trouve donc en présence de processus de prolifération, qui ont perdu le caractère du myxome des villosités choriales en ce qu'ils ne restent pas cantonnés dans les villosités. Ils ne procèdent pas du tissu muqueux, très pauvrement doté d'énergie vitale, mais d'éléments cellulaires, doués d'une activité vitale remarquable et en voie de multiplication. Or, sur les dix môles, six fois ces proliférations étaient présentes, de sorte qu'on est sérieusement autorisé à les considérer comme rentrant dans les attributs caractéristiques des môles.

Nulle part, dans la littérature médicale, je n'ai trouvé la mention de ces formations cellulaires ou de syncytium dans l'anatomie pathologique des môles vésiculaires. *Par contre, ces éléments anatomiques concordent bien, autant du moins qu'il est permis de juger d'après les descriptions et les planches que j'ai consultées, avec ceux qui ont été décrits et figurés pour les tumeurs malignes dérivées des villosités choriales et même en partie, avec ceux des déciduomes,* (faits de Meyer (1), Pestalozza (2), Gottschalk (3), Marchand (4), Hartmann et Toupet (5), Menge (6).

Un caractère différentiel important entre ces tumeurs et les

(1) MEYER. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXIII.

(2) PESTALOZZA. *Il Morgagni*, Anno XXXIII, Parte 1, n° 10.

(3) GOTTSCHALK. *Berl. klin. Woch.*, n° 4 et 5, 1893, et *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLVI.

(4) MARCHAND. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. 1, Hft. 5, p. 419.

(5) HARTMANN et TOUPET. *Annal. de Gyn. et d'Obst.*, avril 1895, p. 285.

(6) MENGE. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXX, Hft. 2, p. 323.

môles hydatiformes, c'est la bénignité de ces dernières opposée à la malignité des autres. Il importe, d'autre part, de faire remarquer que ces tumeurs n'ont rien de commun avec les *môles vésiculaires destructives*, où il s'agit exclusivement de dégénérescence myxomateuse dans l'intérieur de la villosité sans proliférations, libres, de cellules ou de syncytium.

Conclusions : 1° Dans bon nombre de cas de tumeurs malignes des villosités choriales ou de tumeurs déciduales, il y a préexistence de môle vésiculaire ; souvent, des portions de môle restent dans l'utérus au moment de leur expulsion ou de leur enlèvement.

2° *Dans les môles vésiculaires, il existe, d'une manière très régulière, des proliférations, libres, de la masse plasmodiale (symplaste placentaire, syncytium) et de la couche cellulaire sous-jacente des villosités choriales. Ces proliférations, ces productions (cellulaires et plasmodiales) sont histologiquement comparables aux éléments des tumeurs choriales malignes, et, partiellement aussi, aux soi-disant sarcomes déciduaux.*

3° *Il est très probable que les tumeurs malignes du chorion (déciduomes), dans les cas où il y a préexistence d'une môle, tirent leur origine de portions de môle restées dans l'utérus.*

Ces notions justifient les réserves qu'on a faites sur l'absolue bénignité des môles, et la surveillance particulière et constante à laquelle il faut soumettre les femmes qui auront été atteintes de semblables tumeurs. R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Des hématomes pelviens. (Ueber Beckenhämatome.) W. THORN. *Samml. klin. Vorträge*, nos 119, 120; 1895.

Les conclusions qui se dégagent de cette consciencieuse étude sont les suivantes : 1° On n'est pas autorisé à lier indissolublement l'hématome intra-péritonéal à la grossesse extra-utérine ; il peut être sous la dépendance d'affections diverses des annexes.

2° L'opinion classique que la formation de l'hématocèle rétro-utérine implique la préexistence d'adhérences, de pseudo-mem-

branes, limitant l'espace qui sera le siège de l'hématocèle, est erronée. C'était déjà le jugement de Nélaton, à qui l'auteur donne raison contre Schröder qui avait admis cette préformation des membranes. La disposition anatomique du cul-de-sac de Douglas, celle des surfaces péritonéales, surtout de l'intestin, suffisent à expliquer le mécanisme de l'hématocèle rétro-utérine.

3° En réalité, les hématomes classiques dérivent d'épanchements sanguins, libres dans la cavité abdominale ; tout au moins c'en est l'origine la plus commune.

4° D'une manière générale, sous le rapport de la vie et de la guérison, le pronostic de ces hématomes est tout à fait favorable. Mais, il importe, ce qui est parfois malaisé, de les judicieusement différencier.

5° En ce qui concerne le traitement, il faut également individualiser soigneusement les cas. A l'heure actuelle, en dépit des guérisons opératoires, il faut savoir attendre, et n'opérer qu'au cas d'indications urgentes nettes. Dans le traitement chirurgical, la laparotomie doit occuper le premier rang.

R. Labusquière.

De la syphilis du vagin, de l'utérus et de ses annexes. (Die Syphilis der Vagina, des Uterus und seiner Adnexe), I. Neumann, 1895, Vienne.

1° Hormis la papule humide, suintante, on n'a pas, formellement, constaté, en clinique, d'exanthème syphilitique au vagin, au col de l'utérus, bien qu'anatomiquement on ne puisse en nier la possibilité.

2° Sur 800 observations, on constata 51 fois sur la portion vaginale et seulement 4 fois sur le vagin des manifestations primitives de la syphilis. Le diagnostic, chez les femmes qui ont déjà eu beaucoup d'enfants, n'est pas toujours facile, bien qu'elles soient plus particulièrement disposées à l'infection La proportion des accidents primitifs devrait se montrer plus forte. Outre que ces lésions constituent une source fréquente et prolongée d'infection, elles peuvent produire des strictures cicatricielles, des atrésies, des troubles menstruels.

3° De nombreuses observations ont mis hors de doute la possibilité de l'apparition des manifestations tertiaires (syphilis tardive, gommes, lésions ulcéreuses) sur les organes génitaux

internes. Les gommes siègent surtout à l'entrée du vagin et dans son tiers inférieur. Dans quelques cas, on a observé une dégénérescence gommeuse du vagin.

4° Les récidives *in situ* sont fréquentes.

5° Les maladies syphilitiques des trompes et des ovaires sont rares.

6° Il n'existe qu'un cas d'affection syphilitique du corps de l'utérus. Toutefois, la métrite et l'endométrite représentent une cause fréquente d'avortement et d'accouchement prématuré, et doivent jouer un rôle important dans la stérilité. Il est, en certains cas, difficile d'établir leur relation étiologique avec la syphilis.

7° Les données statistiques mettent en relief l'influence défavorable de la syphilis sur la descendance.

8° Les recherches microscopiques éclairent mieux la fréquence de la mort du fœtus (altérations syphilitiques de l'endo et du myométrium ; du placenta, endo-périartérite, thromboses, oblitérations incomplètes ou complètes de vaisseaux placentaires, etc.).

R. Labusquière.

Les maladies des trompes. (Die Krankheiten der Eileiter), par A. Martin. Von Besold, Leipzig, 1895.

Les nombreux travaux, publiés dans ces dernières années sur les diverses affections des annexes, font que leur étude est toute d'actualité. Le volume que publie aujourd'hui A. Martin, avec la collaboration de Wendeler, de Kossmann, d'Orthmann, de Sänger et de Barth comprend l'histoire des maladies des trompes. Après un premier chapitre d'anatomie normale, de développement et de physiologie, vient le chapitre important de la pathologie des trompes : les anomalies, les troubles circulatoires, les maladies infectieuses et les néoplasmes sont successivement étudiés. L'ouvrage se termine par un chapitre sur la grossesse extra-utérine. De nombreuses figures fort bien exécutées et une bibliographie assez étendue des travaux récents rendent ce livre intéressant à posséder pour tous ceux qu'intéressent actuellement les études gynécologiques.

Les diverses formes de la grossesse extra-utérine. (Beitrage zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft), par Demetrius von Ott. Von Besold, Leipzig, 1895.

Monographie donnant un exposé complet de l'histoire de la grossesse extra-utérine. L'étiologie, l'anatomie pathologique, les symptômes, le diagnostic et le traitement sont successivement abordés. Vingt-deux observations personnelles, accompagnées de trente-huit figures, éclairent les points principaux de cet ouvrage, important par le nombre des matériaux nouveaux qu'il contient.

Troubles et accidents de la ménopause, par BARBAUD et ROUILLARD ; préface de Labadie-Lagrave, Paris, 1895.

Après avoir décrit les phénomènes liés à l'évolution de la fonction génitale, depuis l'établissement de la puberté jusqu'au terme définitif de la période cataméniale, MM. Barbaud et Rouillard étudient la pathologie de l'âge critique en insistant plus particulièrement sur les troubles nerveux. C'est une monographie ayant trait à la gynécologie médicale, un peu mélangée de fantaisies littéraires et de réclame pour une station balnéaire.

Œuvres de Léon Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, publiées par le Dr FÉLIX LEJARS, (Tome 1er, 1 fort volume in-8o, 20 fr. — Félix Alcan, éditeur. Paris).

Les œuvres complètes de Léon Le Fort comprendront trois volumes. Le premier qui vient de paraître est consacré à *l'Hygiène hospitalière*, à *la Démographie* et à *l'Hygiène publique ;* il débute par l'Éloge de Le Fort, prononcé à la Société de Chirurgie par Ch. Monod.

Sous le titre général *d'Hygiène hospitalière*, inscrit en tête de la première partie, sont reproduits les travaux de Le Fort sur des questions qui toute sa vie l'ont préoccupé. Le groupement chronologique permet de suivre l'évolution progressive de sa pensée. C'est d'abord sa *Note sur quelques points de l'Hygiène hospitalière*, écrite en 1862, à la suite d'une longue enquête sur les hôpitaux anglais; son livre des *Maternités*, paru en 1866, où l'on trouve émise et démontrée pour la première fois la doctrine contagionniste, qui lui appartient ; ses mémoires sur les *Hôpitaux sous tente*, sur le *Pansement simple par balnéation continue*, sur le *Germe Ferment* et le *Germe Contage*, sur les *Pansements et la mortalité*, enfin l'introduction à la 9e édition du Manuel de médecine opératoire de Malgaigne, où il expose et résume toute son œuvre.

La seconde partie est réservée à la *Démographie* et à *l'Hygiène publique*. Dès 1867 Léon Le Fort signalait le lent accroissement de la population française et le déficit relatif de la natalité, dans deux mémoires longuement documentés, et publiés, l'un par la *Revue des Deux-Mondes*, l'autre par la *Gazette hebdomadaire*. En 1870, il répétait le même cri d'alarme, en appelant l'attention sur une autre cause d'affaiblissement de nos forces nationales : la mortalité des nouveau-nés. Vingt ans plus tard, la question de *dépopulation* venait en discussion devant l'Académie et il y prenait part avec une autorité toute spéciale. L'abondance et la précision des documents et des statistiques ne nuisent en rien au charme de ses discours. Il en est de même de ses autres discours. académiques, sur la *Prostitution*, sur la *Vaccination obligatoire* et l'*Isolement des varioleux*, etc.

Le second volume sera réservé aux travaux de Le Fort sur la *Chirurgie militaire* et l'*Enseignement;* le troisième à ses travaux de *Chirurgie proprement dite*.

De la nécessité, dans les maisons d'enseignement, pour les étudiants « contaminés » de s'abstenir de toute pratique obstétricale. (Ueber die in klinischen Lehranstalten bestehende Nothwendigheit einer geburtshilflichen Abstinenzzeit für « infircirte » Studenten), par OTTO SAROVEY (Tubingen). *Sammlung klin. Vorträge*, 1895, n° 122, p. 363.

Quelques mots sur l'importance diagnostique des empreintes humaines, etc. (Einige Worte über die sematologische und diagnostische Bedeutung der menschlichen Gangspuren oder Ichnogramme), par F. NEUGEBAUER (Varsovie). *Sammlung klin. Vorträge*, 1895, n° 126, p. 407.

De l'œdème aigu intermittent du col utérin chez la femme enceinte et la parturiente. (Zum Œdema acutum cervicis uteri gravidi, parturientis s. puerperalis intermittens), par A. GEYL. *Sammlung klin. Vorträge*, 1895, n° 128, p. **445**. — L'auteur après avoir étudié cette singulière affection sur laquelle, dès 1872, M. Guéniot a publié une intéressante monographie, conclut, en ce qui concerne le traitement, de la manière suivante :

« Comme toute augmentation de la pression intra-abdominale

crée une condition favorable à la production et à la persistance de cet œdème du col de l'utérus, le premier soin consiste à faire placer la femme dans le décubitus dorsal avec le siège élevé. Il est sans doute toujours permis à un médecin impatient, surtout quand il s'agit de malades pusillanimes, de procéder à une tentative prudente de reposition. Mais il ne faut pas oublier que la reposition peut échouer et que la manœuvre, même quand elle ne réussit pas, est susceptible de provoquer la perte de connaissance. Dans tous les cas, il faut éviter d'administrer les opiacés qui sont plutôt de nature à augmenter l'inertie et le relâchement de la matrice. Par contre, il est rationnel de recourir aux fortifiants de l'activité utérine (ergotine, ergot de seigle, etc.). Quand l'œdème survient au cours du travail, certaines circonstances (état de l'enfant, impuissance de l'utérus, etc.) peuvent constituer des indications précises à une thérapie active.

Tumeurs kystiques de la voûte vaginale. (Cystic tumors of the vaginal vault, with report of two cases), par E. H. WIGGIN. Ext. du *New. med. J.*, 13 juillet 1895.

Qualités requises pour un bon forceps ; forceps perfectionné, etc. (Requisiti di un buon forcipe ; un forcipe perfezionato ; Studio critico, clinico e sperimentale), par Dr L. Bordé (Bologne), 1895

R. L.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE HISTOLOGIQUE DES MODIFICATIONS DE L'UTÉRUS DANS LA GROSSESSE TUBAIRE

Par le Dr **A.-H. Pilliet**.
Chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité.

I. — Exposé et historique.

La question de la grossesse tubaire était récemment encore tout à fait restreinte. En effet, on ne reconnaissait comme grossesse ectopique que celle dans laquelle se rencontrait l'embryon en dehors de l'utérus. Une observation de Ch. Robin, insérée dans la thèse de Fenerly sur l'hématocèle péri-utérine en 1855, avait bien permis d'établir le diagnostic de grossesse dans une hémato-salpingite, par la seule constatation des villosités placentaires dans le caillot de la trompe examiné au microscope, en l'absence de tout embryon ; mais à cause du faible développement des études de microscopie clinique à cette époque, elle ne fut pas utilisée et ne put servir de point de départ à des recherches plus précises.

C'est Lawson Tait qui, dans son livre sur les maladies des ovaires et dans différents autres ouvrages, a rattaché l'hémato-salpingite, l'hématocèle péri-utérine, la rupture de la trompe, et une série d'autres accidents de moindre importance, à la greffe d'un ovule sur la muqueuse tubaire, en

ajoutant que cette greffe ne pouvait, dans la plupart des cas se faire qu'à la suite d'une inflammation de la trompe, dénudant sa surface et la rendant plus vasculaire. C'était faire de la grossesse ectopique la complication fort grave d'affections inflammatoires utéro-tubaires souvent bénignes ; c'était relier, au point de vue de leur pathogénie, une série d'accidents souvent fort disparates ; car l'hémorrhagie interne, la métrite fongueuse, les suppurations pelviennes peuvent résulter de l'insertion de l'ovule sur la trompe ; c'était surtout attirer l'attention sur les pièces enlevées de plus en plus fréquemment par le chirurgien. Bland Sutton, Allan Doran, pour l'Angleterre; Ruge, Veit, pour l'Allemagne; d'autres auteurs, dont je fais partie en France, se mirent à ces examens d'hémato-salpingite, et le premier résultat obtenu fut une constatation fort importante, celle de la fréquence extrême de la grossesse tubaire. Pour ma part, grâce à l'obligeance des chirurgiens des hôpitaux, je n'en ai pas eu à examiner moins de 25 cas dans ces dernières années ; et même si l'on admettait que j'ai centralisé le plus grand nombre des cas rencontrés, le chiffre est déjà respectable.

Dans la plupart de ces observations, il s'agissait de grossesses tubaires sans embryon. C'est en effet la règle. La grossesse tubaire avec embryon est la plus rare, comme nous le verrons tout à l'heure, et elle paraît s'accompagner d'accidents très graves. La plupart des pièces de collection, anciennement connues, dans lesquelles la présence d'un embryon dans la trompe avait frappé les observateurs, se rapportent à des cas de mort subite par hémorrhagie interne. On conçoit que dans ces faits, la régression de l'embryon et sa disparition qui font partie d'un même processus curatif n'aient pu se produire ; on conçoit aussi comment les anciens observateurs n'aient pu avoir sur la fréquence et les complications de la grossesse tubaire que des idées très restreintes se rattachant à un petit nombre de faits bien précis pour eux et caractérisés par la présence de l'embryon dans la trompe.

Mais puisque les recherches microscopiques nous ont

montré que ces faits sont les plus rares, que le domaine de la grossesse tubaire est très étendu, que c'est une affection fréquente quand on veut la chercher, nous devons chercher à préciser les différents points de son histoire. Il en est un qui peut être intéressant au point de vue de la séméiologie et du diagnostic : c'est celui qui concerne l'état de l'utérus quand un ovule fécondé se greffe sur une trompe. On sait déjà qu'il s'y développe une caduque, mais quelle est l'évolution de cette caduque; que devient le muscle sous-jacent ? Voilà des questions dont l'importance était bien minime quand la grossesse tubaire était regardée comme une rareté, mais dont les solutions prennent une grande importance théorique et pratique, maintenant que nous nous trouvons en présence d'une maladie courante.

C'est ce que j'ai essayé de rechercher dans les observations suivantes. Je me suis surtout servi des pièces qui étaient déposées au Musée Dupuytren et qui avaient besoin d'être remises en état. Sur les débris nécessités par le nettoyage et le parage de ces pièces, j'ai pu trouver les renseignements nécessaires sans compromettre l'aspect des pièces elles-mêmes, comme il est facile de s'en assurer. J'ai résumé, d'après le catalogue Houel, l'observation ou les fragments d'observation qui se rapportaient à chaque cas avant de donner les résultats de l'examen histologique. Mais auparavant, il convient de jeter un coup d'œil sur l'état de la science française au moment où ces différentes pièces ont été recueillies ; on y verra que beaucoup d'idées fécondes et données maintenant comme neuves ont été émises autrefois par les cliniciens auxquels il ne manquait que la sanction du laboratoire pour pouvoir affirmer ce qu'ils avaient pressenti et qu'ils ne pouvaient présenter que comme hypothèses.

En d'autres termes, l'historique de la grossesse tubaire telle qu'elle est actuellement comprise étant faite pour la France, de 1892 à 1895, dans les thèses de Jouon, W. Binaud, Cestan, Goupil, Gobillot, etc., qui sont en partie inspirées

par mes observations personnelles et par les bulletins de la *Société anatomique* pendant la même période ; j'ai l'intention de laisser cet historique de côté et de le remplacer par une revue des principales observations françaises antérieures à la théorie de Lawson Tait, pour montrer ce que pensaient nos cliniciens à la veille de cette petite révolution. C'est un côté de la question qui a été un peu négligé et qui nous permettra de rendre justice à des savants qui ont toujours été sur la piste de la vérité, qui ont cru plusieurs fois la tenir et auxquels il n'a manqué, pour récompenser leur perspicacité, que le contrôle bien entendu du microscope, l'aide des gens de laboratoire.

L'existence de la caduque du corps de l'utérus dans la grossesse ectopique est connue depuis longtemps des embryologistes. Kölliker, dans son Embryologie (trad. Schneider, 1882, p. 388), dit que cette caduque n'est que la muqueuse interne hypertrophiée et hyperhémiée. Il ajoute que ce processus est le même que celui qui s'accomplit au moment des règles. La régénération de la muqueuse se fait pour lui dans un délai de trois à cinq semaines (p. 363). Enfin il admet l'existence d'une caduque vraie rudimentaire dans la grossesse abdominale (p. 364). La plupart des auteurs de traités d'embryologie reproduisent ces données ; et ce sont elles que l'on trouve aussi dans la partie théorique des différents traités d'accouchement. Nous nous dispenserons donc de les énumérer. Il nous suffit de tenir pour constant qu'il se forme une caduque dans l'utérus, alors que l'insertion placentaire se forme dans la trompe ; ce qui ne peut nous étonner, puisque trompe et utérus ne sont que des parties nullement différenciées chez un grand nombre de mammifères adultes d'un même organe, le canal de Müller. La caduque de la grossesse tubaire est beaucoup plus volumineuse, plus boursouflée que la caduque de la grossesse utérine normale. Nous aurons à en chercher la raison. Elle s'arrête au col de l'utérus ; mais le plus souvent la membrane est rompue par suite des écoulements qui, dans l'af-

fection qui nous occupe proviennent soit de l'utérus, soit de la trompe. D'autre part, elle est théoriquement en continuité avec la caduque de la trompe qui contient l'ovule ; mais ici il se produit un phénomène inverse. La trompe étant le plus souvent enflammée au préalable (qu'on se rappelle le point de départ de la théorie de Lawson Tait), s'oblitère en son point le plus étroit, c'est-à-dire dans l'isthme de Barker. Ce point est, en effet, très rarement le siège de la greffe ovulaire. D'autre part, la caduque de la trompe présente des caractères particuliers que nous aurons à voir. Elle paraît surtout épithéliale et caractérisée par la prolifération des cellules épithéliales qui tapissent les franges intra-tubaires. Ces éléments se multiplient et viennent au contact des deux couches constitutives de la caduque : la couche perforée ou glandulaire profonde et la couche superficielle compacte, contenant les cellules déciduales proprement dites ; la première seule se trouve nettement représentée dans la caduque tubaire, et encore sous une forme qui la distingue entièrement de la caduque utérine. C'est ce qui a rendu sa recherche assez difficile jusqu'à présent, comme on le peut voir dans l'excellent chapitre consacré par Goupy à ce sujet dans sa thèse sur l'intervention dans la grossesse tubaire (1894), où la bibliographie de ce point est rapportée et critiquée.

Ainsi donc, on peut s'attendre à trouver à un certain moment de l'affection, et c'est celui où les symptômes viennent à commander l'examen, une caduque utérine ouverte au niveau de l'orifice du col, et pouvant être privée de relations avec la caduque tubaire qui a été son point de départ. C'est un détail qui a préoccupé les observateurs que nous allons maintenant passer en revue.

Signalons auparavant, pour en finir avec la bibliographie des caduques, Léopold (*Archives f. Gyn.*, 1876, t. X, p. 648), et Ercolani qui a décrit, en 1874, la structure de la caduque utérine dans la grossesse extra-utérine, à la suite de ses recherches sur le placenta. Nous n'analyserons pas ces travaux, car nos résultats concordent pour le fond avec ceux

de ces auteurs. Il en est de même de Schröder qui indique une endométrite interstitielle post-abortive tout à fait comparable à ce que nous retrouverons après la chute de la caduque (*Maladies des organes génitaux de la femme*, édit. belge, 1886, p. 125).

Parmi toutes les hypothèses émises pour expliquer l'hématocèle rétro-utérine, celle qui a eu jusqu'à ces derniers temps le moins de succès est certainement celle de la grossesse tubaire, qui est la vraie dans la plupart des cas. Pourtant elle a été formulée à différentes reprises, soit sous cette forme précise, soit sous la forme plus générale et plus vague de ponte menstruelle intra-péritonéale, sans fécondation de l'ovule. Cette dernière idée remonterait à Récamier qui, en 1831, dans la *Lancette française* du 21 juillet, a publié un cas d'hématocèle traitée par l'incision vaginale, auquel il attribue l'origine que nous venons de citer. Nous citons cette observation d'après Nonat et Linas (*Traité pratique des maladies de l'utérus*, éd. 2, 1869). Viennent ensuite Vigues, dans une thèse de 1851, sur les tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme, et Nélaton, dans ses cliniques, et dans la *Gazette des hôpitaux* de 1851, qui relient les hématocèles rétro-utérines observées par eux à une ponte menstruelle, et à la congestion exagérée du follicule.

Aran (*Maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1858, p. 751) a fait preuve d'une clairvoyance rare dans cette question. A la suite des travaux de Nélaton, il eut l'occasion de publier, en 1853, un cas d'hématocèle rétro-utérine, et voici comment il l'apprécie lui-même dans son traité, en 1858 : « On était loin de se douter avant le cas que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, en 1853, que l'hématocèle pût être le résultat de la rupture d'un kyste tubaire ou ovarique contenant un fœtus. » Sa proposition est donc formelle ; et c'est la présence de l'embryon qui l'avait mis sur la voie. Pourtant il a pensé aux cas dans lesquels cet embryon pourrait faire défaut. C'est ainsi qu'il cite l'observation d'hématocèle de Fenerly (th. Paris, 1855, n° 31) dans lequel l'examen de

Ch. Robin a permis de retrouver des villosités placentaires dans le caillot.

Il rapporte une série d'observations démonstratives. C'est une femme de 30 ans, morte d'hémorrhagies ; on retrouve un fœtus dans un caillot de la trompe. L'utérus a 8 centimètres et demi. La caduque était tombée. La malade avait présenté les symptômes cliniques d'un avortement de deux mois et demi (obs. 22, p. 792).

Il devance même Lawson Tait dans la partie fondamentale de sa théorie, car après avoir affirmé, comme nous venons de le voir, par des observations, le rôle de la grossesse tubaire dans la production des tumeurs sanguines péri-utérines, il entrevoit le second terme de la proposition de Tait : le rôle de l'inflammation.

Nous le voyons insister sur la fréquence de la métrite dans la pathogénie de ces accidents. Il dit formellement que cela ne se produit jamais chez des personnes *bien portantes, et surtout chez des personnes dont les organes sexuels sont dans un état d'intégrité parfaite.* Pour lui, c'est la conséquence d'un travail morbide préexistant.

Ainsi Aran a distingué l'ensemble des faits dont nous nous occupons, et les a rattachés à leur véritable point de départ; en critiquant la théorie de Trousseau sur l'hématocèle cataméniale, de Bernutz sur le reflux des règles, de Laugier et Nélaton sur la congestion du follicule, il a indiqué la théorie moderne, mais n'a pu l'édifier complètement. Le même sort était réservé à un autre clinicien de grand mérite, à Gallard.

Nous trouverons rassemblées dans ses leçons cliniques sur les maladies des ovaires, publiées en 1886, les observations publiées depuis le traité d'Aran, et en particulier celle si importante de M. Duguet, qui paraît avoir exercé une profonde impression sur l'esprit de Gallard. Elle avait été publiée dans les *Annales de gynécologie* en avril 1874, t. I, p. 269. Il s'agit d'une femme qui fut atteinte de métrorrhagie et d'hématocèle en même temps et expulsa, avant sa mort, une caduque utérine presque complète. L'autopsie permit de retrouver des fragments adhérents de caduque dans l'uté-

rus, une déchirure du placenta tubaire, et de reconnaître ainsi la double origine de cette double hémorrhagie : L'embryon était dans la trompe. Une observation comparable avait été faite par Schröder en 1874. En 1878, M. Dumont-Pallier en rapporta une autre (*Annales de gynécologie*, t. IX, p. 1). M. de Sinéty avait rapporté dans son *Traité de gynécologie*, 1879, un certain nombre de faits semblables, dont un personnel, rapporté par lui à la Société de biologie en 1877. Gallard, frappé de ces cas, assimile l'hématocèle à une grossesse extra-utérine. Il cite même des observations d'expulsion de caduque dans l'hématocèle. L'une est de Huguier et Dubois. Il rapporte l'avis de Denucé qui, dans une observation publiée en 1853, conclut que les hématocèles sont peut-être dues à une grossesse extra-utérine avec fœtus inaperçu. Mais les cas sur lesquels il s'appuie sont ceux dans lesquels on trouve l'embryon; c'est le petit nombre, l'exception. Aussi Gallard hésite ; il a peur de sa propre opinion ; et il se rallie à la théorie de la ponte menstruelle, qui seule expliquait alors les cas d'hémato-salpingite et d'hématocèle sans fœtus. Ainsi il a cotoyé la vérité ; on peut même dire, quand on parcourt son livre, qu'il l'a saisie, mais il n'a pu la démontrer.

Pour terminer cette revue rapide, il nous reste à parler d'une affection que l'étude de l'évolution de la caduque utérine dans la grossesse tubaire permet certainement de rattacher à cette affection dont elle n'est souvent qu'un épiphénomène, c'est la dysménorrhée pseudo-membraneuse, cette singulière maladie sur laquelle on a tant écrit. Il est évident que l'expulsion d'une caduque utérine, quand l'œuf existe inaperçu dans une trompe, constitue un cas typique de dysménorrhée membraneuse. Il s'agit de savoir si c'est une variété plus ou moins rare de la maladie, ou si c'est le type qui se rencontre le plus souvent. Nous n'hésitons pas à pencher pour l'affirmative ; le dépouillement des observations déjà publiées est probant. Il est même surprenant que cette hypothèse, qui est la plus plausible, soit la dernière à laquelle on ait pensé ; mais nous venons de constater le même

phénomène à propos des tumeurs sanguines pelviennes de la femme. Il existait dans cette partie de la gynécologie tout un *caput mortuum* de choses disparates qui se trouvent maintenant logiquement reliées entre elles par la greffe de l'ovule dans la trompe; car elles ne sont que des symptômes ou des complications de cet accident.

Si l'on parcourt le mémoire si développé de MM. Huchard et Labadie-Lagrave, où se retrouvent la plupart des cas antérieurs (*Archives de médecine*, 1872), on constate dans la plupart de leurs observations le retard des règles, l'expulsion très douloureuse d'un corps membraneux et de débris qui ne contiennent pas de glandes, mais montrent dans l'eau des filaments étirés, blanchâtres, villeux. L'accident est unique, mais de longue durée; il survient chez des femmes atteintes déjà de métrite et même de lésions des annexes; car bien que ces affections ne fussent pas connues à cette époque, on note de la rectite, probablement de voisinage, chez la plupart des malades. Les deux auteurs que nous venons de citer font aussi reproduire le dessin (fig. 3) d'une membrane expulsée dans laquelle les villosités placentaires sont parfaitement reconnaissables, ce qui montre qu'une variété de dysménorrhée peut être rattachée à un avortement utérin inaperçu. Pourtant, malgré les symptômes de début si semblables à ceux de l'avortement, les auteurs se basant sur l'absence de fœtus dans le produit villeux expulsé, font de la maladie une endométrite. En effet, il y a dans la dysménorrhée en général une endométrite antécédente, puis une grossesse tubaire, enfin une expulsion de caduque; c'est ce qui ressort des observations avec le caractère de l'évidence, et aussi des descriptions histologiques où l'on constate surtout des vaisseaux oblitérés.

Du Tremblay (thèse de Paris, 1887, nº 222), dans un travail sur l'étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope, après une critique des opinions déjà émises, rappelle que la membrane dysménorrhéique ressemble beaucoup à la membrane villeuse de Ruysch, caduque de Hunter, et que cette remarque a été faite depuis fort longtemps. On la

trouve exprimée par Demnan en 1795. Il rapporte aussi des observations probantes au point de vue qui nous occupe, et dans lesquelles on retrouve le retard des règles, l'expulsion d'une membrane avec douleurs dans la région lombaire. Et pourtant, en l'absence de fœtus, il écarte la théorie de l'avortement ; après l'avoir discutée et avoir rappelé que c'était l'opinion ancienne de Raciborsky, il se rattache à la théorie de Scanzoni sur la congestion de la muqueuse à l'époque menstruelle, sur la mue cataméniale, la ponte ovulaire simple. Son raisonnement est le même que celui de Gallard pour l'hématocèle, il le conduit à la même théorie, à la même erreur, toujours parce que, dans l'immense majorité des grossesses tubaires, on ne rencontre plus le fœtus au bout d'un délai très court, et qu'on ne savait alors retrouver la preuve de la grossesse dans les autres débris de l'œuf.

L'étude de la caduque en place nous permettra de préciser son caractère et de montrer que, dans bien des cas, l'examen de débris de curettage ou des produits expulsés ne peut donner beaucoup d'indications. On en devra conclure que, dans la plupart des cas de dysménorrhée membraneuse, il faut examiner les trompes au point de vue de la grossesse tubaire. On trouvera là bien souvent la cause première de l'affection. Si dans les observations qui vont suivre, les malades n'avaient pas succombé subitement, et si l'on n'avait pas trouvé à leur autopsie un embryon dans une trompe, et une caduque encore en partie adhérente, comme dans le cas de M. Duguet, ces cas auraient été certainement classés comme dysménorrhées membraneuses.

Il reste à expliquer pourquoi, la grossesse tubaire étant aussi fréquente que nous l'affirmons, la dysménorrhée reste assez rare, c'est que la caduque utérine ne se détache pas toujours d'un bloc ; souvent elle se désintègre peu à peu, comme nous l'allons montrer, et se trouve éliminée partiellement avec des hémorrhagies et des écoulements d'origine utérine que l'on attribue à la métrite parenchymateuse.

Je n'ai trouvé aucun renseignement sur la transformation possible de la caduque utéro-tubaire en déciduome, comme

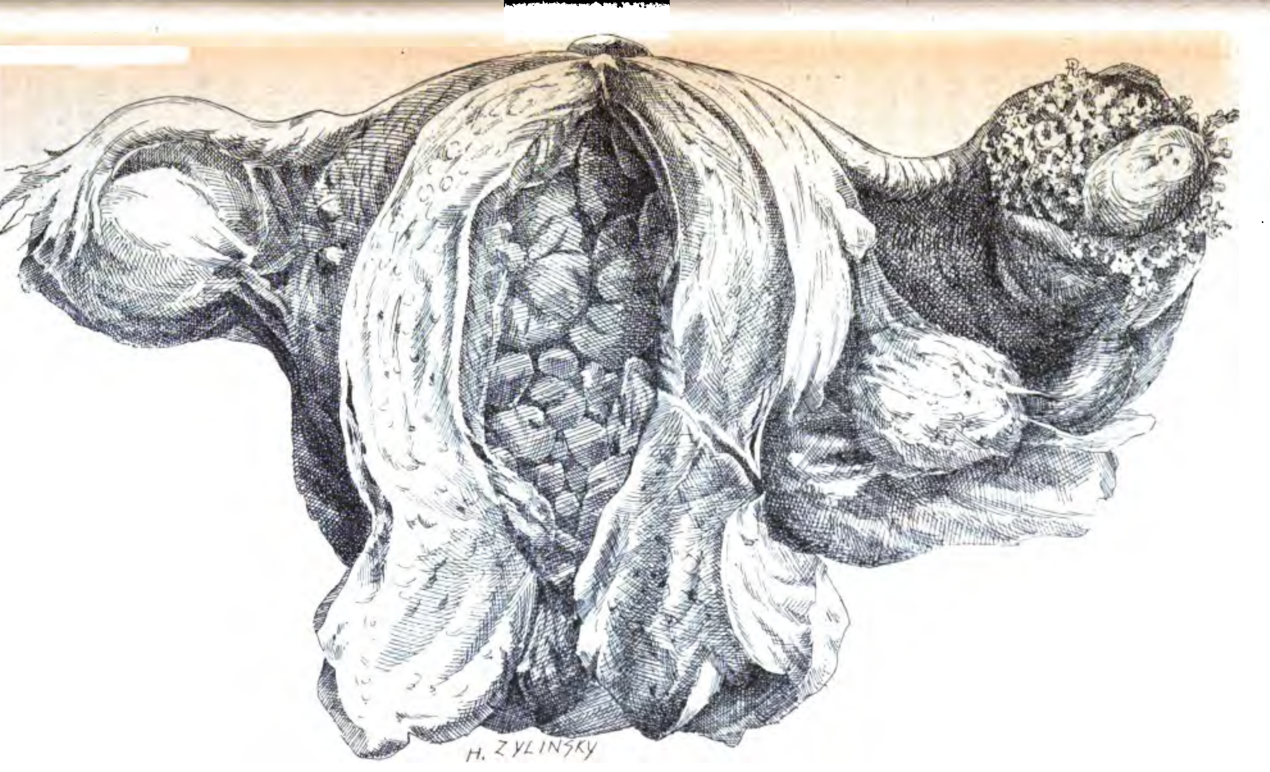


FIG. 1. — Grossesse tubaire gauche; embryon au milieu des villosités placentaires. La caduque utérine est tomenteuse et boursouflée, les parois de l'utérus épaissies contiennent de nombreux vaisseaux dilatés.

le fait se voit pour la caduque de l'avortement utérin (1).

Obs. 1. (697 a.) — Cette pièce n'est pas indiquée sur le catalogue du musée; *bn* 697, étant représenté par une pièce en cire sans renseignements. Pourtant on trouve sous ce numéro, avec l'inscription grossesse tubaire, un utérus très notablement hypertrophié, avec caduque boursouflée, tomenteuse, et embryon entouré de ses annexes dans la trompe gauche.



Fig. 2. — Obs. 1. — Vue d'ensemble de la coupe de la muqueuse du corps de l'utérus.

On distingue la couche du muscle utérin avec ses sinus vasculaires dilatés, au-dessus la couche perforée de la caduque, puis la couche compacte de la même caduque avec des vaisseaux extrêmement dilatés.

---

(1) Nous avons analysé une observation dans laquelle il paraît y avoir eu transformation en déciduome de la caduque tubaire,avec foyers métastatiques. Le fait était particulièrement intéressant. *Annal. de Gynéc. et d'Obst.*, septembre 1895, p. 228. R. L.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — a) *Coupes de la muqueuse utérine.* — Elles ont été pratiquées au fond du corps utérin et à sa partie moyenne. Les résultats de l'examen de ces deux points différents ont été concordants.

Couche compacte. — Sa surface libre est tomenteuse, molle, tapissée de fibrilles conjonctives fines à direction parallèle. Au-



FIG. 3. — OBS. 1. — Couche compacte de la caduque avec ses dilatations vasculaires et ses cellules déciduales orientées autour des petits vaisseaux. Il est à remarquer que les coupes de cette caduque en place rappellent les dessins de coupes d'endométrite fongueuse obtenue par le curettage.

dessous se trouve une nappe considérable de vaisseaux sanguins

dilatés, venant se terminer en une série d'ampoules qui constituent précisément les élevures de la caduque et qui forment une nappe continue ; ces ampoules groupées en bouquets venant au contact les unes des autres. Les vaisseaux ainsi dilatés contiennent des globules rouges en partie décolorés, des pigments qui résultent probablement de l'action du liquide conservateur sur les globules rouges, et enfin des globules blancs en grand nombre. Ils sont entourés d'un tissu d'aspect myxomateux, œdématié, à grandes cellules étoilées, dans lequel se trouvent des vaisseaux lymphatiques distendus et bourrés de leucocytes. Ce que l'on constate d'abord, c'est donc une stase considérable dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et un œdème prononcé du tissu ambiant.

Ces dilatations vasculaires se retrouvent dans l'épaisseur de la caduque compacte sous forme de vaisseaux perpendiculaires à la direction de la muqueuse. Ils sont plus larges que les dilatations terminales, mais moins nombreux. Ce sont les branches d'origine de ces dilatations. Les cellules déciduales, volumineuses, polyédriques à gros noyaux sphériques ou anguleux, leur forment des gaines concentriques et sont nettement groupées autour de leurs axes naturels. Elles diminuent de nombre au contact de la couche suivante.

Couche perforée. — Elle présente à considérer un stroma et des cavités. Le stroma se continue avec la couche compacte sus-jacente; il a de commun avec elle, les vaisseaux qu'il porte et qui vont de la couche compacte à l'utérus, et les cellules déciduales moins abondantes toutefois.

Les cavités de cette couche sont irrégulières avec tendance à prendre la forme quadrangulaire. Ce sont de véritables logettes présentant sur leur paroi interne des saillies bulleuses qui tendent à bourgeonner dans la cavité. Les cellules qui les tapissent sont en général prismatiques, très hautes, groupées en bouquets à extrémité d'insertion effilée, à extrémité libre différant d'un élément à l'autre ; présentant tantôt une cupule à mucus, tantôt un plateau à cils vibratiles.

Au contact du muscle, le stroma s'épaissit, les cavités s'effacent, et les éléments épithéliaux serrés les uns contre les autres forment des boyaux tout à fait semblables à ceux de certains épithéliomas cylindriques de l'utérus. Nous notons le fait à dessein, car

il montre que le curettage indiqué souvent aujourd'hui pour ces affections peut fournir par l'examen microscopique des fragments qu'il ramène des renseignements inexacts. Nous aurons du reste l'occasion de revenir sur ce point.

b) *Coupes du muscle utérin.*— Elles sont surtout composées de fibres lisses dont le volume est très inégal, même dans un faisceau commun. Les unes sont volumineuses, les autres très fines; ce qui se distingue surtout bien sur les faisceaux coupés en travers. Les artères hélicines sont épaissies, en voie d'oblitération, leur lumière est angulaire ou aplatie, et elles sont groupées en bouquets rapprochés, probablement par suite du tassement des tissus environnants. Le tissu conjonctif est assez abondant, mais sans traces manifestes d'inflammation.

En résumé, nous trouvons dans ce cas une grossesse tubaire indiscutable, un utérus en subinvolution et non enflammé et une caduque du corps utérin très épaissie, encore en place. Elle présente distinctes sa couche compacte et sa couche perforée, mais la première est tapissée d'une couche épaisse de capillaires gonflés de sang et œdématiés. Il est facile de prévoir que cet état de la muqueuse pouvait amener un suintement séro-sanguin avec desquamation partielle et désintégration de la caduque, ou un décollement total de cette membrane. L'examen microscopique des fragments rendus ou obtenus par le curettage aurait été difficile, et l'on remarquera combien le fragment de couche compacte de la caduque que nous avons fait dessiner dans ce cas ressemble aux dessins de l'endométrite fongueuse observée après curettage, que l'on voit dans la plupart des traités.

Obs. 2. (N° 700 du catalogue.) — *L'utérus avec les annexes : grossesse tubaire.* — Pièce sans renseignement. L'utérus est plus volumineux qu'à l'état normal; il a près de 8 centim. de long. Sa cavité est également augmentée et tapissée de la membrane caduque. Ses parois à leur partie moyenne ont 18 millim. d'épaisseur.

Dans la trompe gauche existe une cavité contenant un embryon long de 18 millim., entouré de ses membranes. Les parois de la

poche se sont rompues et il s'est produit dans la cavité abdominale une hémorrhagie qui a été rapidement mortelle (Houel).

Examen histologique. — La surface interne de l'utérus présente un aspect légèrement velouté. La caduque est encore en place en certains points, mais très réduite comme si après s'être œdématiée, elle avait perdu son liquide d'imbibition. Il n'en reste que la charpente, et des cavités pour la plupart impossibles à définir, remplies de cellules de la caduque ratatinées et isolées les unes des autres, avec les noyaux qui ne se colorent pas. Les filaments de la charpente contiennent de véritables bouquets d'artérioles terminales qui sont épaissies et oblitérées.

Au-dessus on trouve la couche perforée, qui est très réduite avec un notable épaississement de son stroma. Les cavités forment des fentes allongées tapissées par les cellules cubiques, en partie desquamées. Le stroma est surtout composé de cellules volumineuses, angulaires, ayant les caractères des cellules déciduales de la couche compacte qui est au-dessus, et avec laquelle le stroma se continue sans ligne de démarcation précise. On y retrouve les mêmes bouquets d'artérioles oblitérées que dans la couche précédente. Elles forment sur les coupes des sphérules compactes de tissu conjonctif, ayant un aspect tout particulier.

Le muscle contient beaucoup de noyaux en bâtonnets qui tranchent sur leurs voisins par l'énergie avec laquelle ils fixent les colorants, et en particulier le carmin d'alun. Ses éléments sont volumineux. Les sinus veineux sont encore béants, le réseau artériel en grande partie oblitéré suivant le processus connu pour l'utérus délivré, et pour le détail duquel nous renvoyons au travail de Mayor. (*Archives de physiologie*, 1888.)

En résumé, dans ce cas la caduque n'est pas tombée d'un bloc, mais on ne peut la considérer comme encore en place. Elle s'en est allée en partie ; elle s'est vidée de ses éléments à la suite d'un œdème passif intense ; et il y a désintégration au lieu de desquamation en bloc. Le muscle n'est pas sclérosé.

Obs. 3. (N° 702 du catalogue.) — *Utérus avec les annexes ; grossesse tubaire.* Cette pièce est sans grands renseignements. Tout ce que j'ai pu savoir (dit Houel), c'est qu'elle provient d'une jeune

femme de 23 ans qui a eu auparavant une grossesse normale. D'après les renseignements fournis, la grossesse tubaire devrait être arrivée à environ trois mois et demi. L'utérus est un peu plus développé que normalement, il a 8 centim. de long. Sa cavité est tapissée d'une caduque qui oblitérait l'orifice du col. Les parois de l'utérus ont une épaisseur de près de 1 centimètre.

Dans la trompe droite existe une cavité contenant un fœtus bien conformé, enveloppé de ses membranes. Ce fœtus semble se rapporter à l'époque indiquée précédemment de la grossesse. Il s'est produit une rupture de la paroi de la poche qui a déterminé une hémorrhagie intra-péritonéale rapidement mortelle. (Professeur Monneret, 1862.)

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — a) *Muqueuse du corps utérin.* — La caduque est adhérente et entière, elle présente à considérer



FIG. 4. — OBS. 3. — Coupe de la caduque utérine au niveau de la couche perforée ; cavités irrégulières avec cellules groupées en bouquets sur les saillies des parois de ces cavités.

sa couche superficielle compacte, et sa couche profonde, perforée ;

la couche compacte est très épaisse ; elle atteint 1 centim. environ. Elle est composée de grosses cellules déciduales disposées en nappes serrées et présentant des noyaux fusiformes ou anguleux. Les éléments allongés en losange ont leur grand axe en général parallèle au plan de la muqueuse. Ils sont groupés autour des vaisseaux sanguins adultes, à parois organisées, et aussi autour d'autres vaisseaux sanguins qui paraissent taillés à l'emporte-pièce dans les tissus sans parois bien distinctes, quoiqu'en un certain nombre de points ils montrent un revêtement endothélial.

Dans la profondeur de la couche compacte le tissu devient plus serré, les cellules sont énormes, leur cytoplasma devient très évident, leur noyau est sphérique. Elles sont groupées tant autour des vaisseaux qu'autour des cavités de la couche perforée qui commencent à apparaître.

La cavité perforée se montre parsemée de cavités très inégales tapissées intérieurement par des éléments cellulaires disposés sur deux ou trois rangs d'épaisseur. Ils sont d'un volume remarquable; leur cytoplasme est clair, parsemé de granules fins, leurs noyaux sont volumineux et sphériques ; leur extrémité libre humide, comme s'ils sécrétaient du mucus.

La charpente conjonctive qui entoure ces cavités montre dans ses points nodaux des vaisseaux sanguins adultes et normaux. Le muscle utérin est composé de fibres individuellement volumineuses, les sinus sont encore largement béants ; les vaisseaux artériels bien développés, à parois épaisses, même sans que le processus de sclérose régressive que l'on constate après l'accouchement soit nettement indiqué, si ce n'est sur quelques points.

b) Muqueuse du col utérin. — Il n'existe pas là de caduque. La structure générale du col est conservée. Pourtant les glandes sont extrêmement proliférées et dilatées, comme dans la grossesse normale. Les cellules à mucus sont en place. Le tissu conjonctif qui entoure les grains glandulaires est très chargé de petites cellules rondes et a pris un caractère embryonnaire. Le muscle sous-jacent est divisé et dissocié par la pénétration profonde des bourgeonnements glandulaires. Il n'existe pas d'oblitération des vaisseaux.

En résumé, nous trouvons dans cette observation une caduque encore en place, limitée au corps utérin. Le col est

hypertrophié et ses glandes sont accrues comme dans la grossesse normale, bien qu'à un moindre degré ; le muscle utérin ne présente que de l'hypertrophie simple, sans signes de régression du côté des vaisseaux et sans inflammation interstitielle. La caduque est du reste intacte. Il n'en est plus de même quand la caduque commence à tomber ; c'est ce que nous verrons dans les observations suivantes.

Obs. 4. (N° 700 du catalogue.) — La pièce est sans renseignements. L'utérus est légèrement augmenté de volume en même temps que les parois sont hypertrophiées. Il a une longueur de 9 centimètres. La cavité dilatée est tapissée par la caduque qui a été isolée dans toute son étendue.

La trompe gauche, à peu de distance de l'utérus, présente un renflement qui lui donne à ce niveau le volume d'un petit œuf de pigeon. Dans cette cavité dont les parois fibreuses sont très minces, existait un produit de conception enveloppé de ses membranes. La poche s'est rompue et il s'est produit une hémorrhagie qui a été rapidement mortelle. (M. Thompson.)

Examen histologique. — Comme on l'a vu dans la note précédente, résumée du catalogue, la caduque a été disséquée par le présentateur ; il ne nous reste donc que peu de choses à voir sur cette pièce. L'aspect de la surface interne est un peu velouté. La couche profonde de la caduque est restée en partie adhérente. Les débris en sont très minces, très réduits, constitués par quelques plans de la couche perforée, adhérents au muscle, à travers les faisceaux duquel les cavités s'insinuent. Elles sont minces, réduites, presque sans épithélium, le stroma est grêle et parsemé d'artérioles oblitérées. En certains points la couche musculaire est artificiellement mise à nu. Les sinus veineux de l'utérus sont très larges, les artérioles très épaissies ; enfin les fibres lisses sont inégales de volume.

En résumé, la caduque était encore adhérente ; elle a été disséquée au niveau de la couche perforée. Le muscle sous-jacent est encore hypertrophié, mais sans inflammation interstitielle, quoique le processus normal d'oblitération des artérioles soit déjà fort avancé.

Obs. 5. (N° 694 du catalogue du musée.) — *Utérus avec les annexes; hémorrhagie de la trompe utérine.* — Pièce sans renseignements et assez mal préparée. On constate, dit Houel, que l'utérus est volumineux, les parois en sont épaisses, 1 centim. environ, la cavité est aussi augmentée. Dans la trompe droite existait une grossesse tubaire dont on ne voit plus que des débris; la rupture du kyste a amené une hémorrhagie qui a été rapidement mortelle; mais il est impossible de préciser l'époque de la grossesse. (Professeur Rostan, 1855.)

Examen histologique. — Les renseignements fournis sur cet utérus sont, on le voit, peu abondants. La caduque est à peine visible, sur les coupes elle est formée de longs filaments effilochés flottants, ce qui tient à la mauvaise fixation et conservation du tissu. Ces filaments circonscrivent à leur base des cavités béantes, très dilatées, dont quelques-unes sont encore tapissées de l'épithélium des loges de la couche perforée. Sur certains points on retrouve une nappe très mince de tissu homogène à grosses cellules polyédriques et les culs-de-sac étroits remplis de cellules épithéliales tassées; ce sont probablement des glandes en réfection.

Le muscle utérin est épais, parsemé de grands sinus; le tissu conjonctif intermusculaire est abondant.

En résumé, cette observation nous montre une caduque en partie tombée et un utérus encore épais en subinvolution. Il ne paraît pas très injecté. D'autre part, nous savons que la mort a été rapide, par hémorrhagie. La rupture du kyste tubaire peut donc se produire après la chute de la caduque utérine; elle en est indépendante et résulte d'un processus localisé à la trompe : la végétation du placenta dans l'épaisseur de la paroi tubaire.

Obs. 6. (N° 695 du Musée Dupuytren.) — Pièce sans renseignements; utérus avec les annexes; hémorrhagies dans les trompes utérines. Les deux trompes sont volumineuses; la trompe gauche montre une cavité dilatée remplie par un caillot sanguin fibrineux. La pièce est due à Rostan.

Examen histologique. — Sur les coupes de l'utérus on voit que la couche caduque est mince, et réduite à présenter l'aspect

de bourgeons charnus œdématiés et peu adhérents. Le muscle està nu en beaucoup de points. On rencontre à son contact quelques culs-de-sac glandulaires en rétention, mais ils sont isolés. Ce qui reste de la caduque adhère sans ligne de démarcation aux faisceaux musculaires. Elle est composée surtout de grosses cellules étoilées et de culs-de-sac pleins de cellules épithéliales dont beaucoup sont polymorphes. Un certain nombre seulement présente un plateau, les éléments sont de dimensions véritablement énormes.

Le muscle utérin est entièrement dissocié par ces accumulations de cellules rondes et fusiformes, et ces lésions s'étendent jusqu'au contact du péritoine. Le tissu cellulaire sous-péritonéal est épaissi, il présente un œdème inflammatoire marqué ; les faisceaux connectifs sont lâches, séparés par de grandes vacuoles ; les lymphatiques sont élargis, les vaisseaux sanguins entourés de petites cellules rondes.

Examen de la paroi tubaire. — Cet examen était nécessité par le peu de précision de l'observation que nous avons résumée plus haut. Il a permis de formuler le diagnostic rétrospectif de grossesse tubaire.

La paroi de la trompe est très mince ; ses fibres musculaires sont pourtant hypertrophiées, surtout celles de la couche interne, dont les faisceaux circonscrivent les cryptes de la trompe dilatées et tapissées par leur épithélium dont les cellules sont intactes en certains points, alors qu'ailleurs elles sont tassées les unes contre les autres et forment de véritables boyaux pleins. Il y a donc prolifération de ces éléments et réfection partielle de la muqueuse tubaire ; d'où résulte une caduque d'un caractère tout à fait spécial.

On retrouve pourtant encore des villosités placentaires dans le caillot. Elles sont très belles, en partie oblitérées, revêtues par une couche d'ecto-placenta à gros noyaux ovoïdes rangés parallèlement les uns aux autres dans la même gaine plasmique.

Le caillot est fibrineux, avec infiltrat abondant de leucocytes en foyers irréguliers qui devaient lui donner l'aspect puriforme.

En résumé, il s'agit d'une hémato-salpingite due à une grossesse tubaire, avec chute à peu près complète de la caduque et métrite parenchymateuse intense. Ce sont ces

grossesses tubaires sans fœtus qui ont été si longtemps méconnues avant l'examen histologique.

Obs. 7. (N° 698 du catalogue.) — *Utérus avec les annexes, grossesse tubaire.* — La trompe droite contenait un produit de conception dont l'âge n'a pu être déterminé. Elle avait le volume d'un petit œuf. La trompe s'est rompue et il s'est produit un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale qui a déterminé une péritonite rapidement mortelle. (M. Barth.)

Examen histologique. — Il s'agit d'une pièce fort ancienne. L'utérus est volumineux ; il mesure 9 centim. de hauteur. Sa surface interne ne présente pas de muqueuse tomenteuse ; elle est légèrement villeuse. Sur les coupes on trouve des débris de caduque effilés, adhérents au muscle, sans trace de séparation. Entre ces filaments se trouvent quelques cavités ; les unes large-



Fig. 5. — Obs. 7. — Paroi musculaire de l'utérus. Bouquet d'artères hélicines en grande partie sclérosées, entourées de traînées diffuses d'inflammation interstitielle du muscle (métrite parenchymateuse).

ment ouvertes et vides, les autres encore circonscrites et tapissées par leurs cellules épithéliales. En beaucoup de points, le muscle est dénudé et ses vaisseaux sont à découvert. Les cellules qui

constituent les débris de la caduque sont toujours les mêmes éléments volumineux, polygonaux, remplis de granulations.

Le muscle utérin présente quelques particularités remarquables. Il est composé de fibres musculaires lisses énormes. Sur la plupart d'entre elles la striation longitudinale se voit avec netteté. Les faisceaux lisses sont noyés dans une gangue conjonctive abondante contenant de nombreux éléments inflammatoires, petites cellules rondes surtout, dispersées de tous côtés et surtout autour des vaisseaux sanguins. Les sinus veineux sont restés extrêmement larges ainsi que les artères, qui bien que sclérosées restent béantes, sans oblitération. Il en résulte que le tissu est parsemé de lacs sanguins. Le processus de métrite parenchymateuse est extrêmement étendu, les fibres musculaires sont par places entièrement dissociées par les éléments inflammatoires; l'aspect général est celui que l'on rencontre dans les métrites parenchymateuses par infection, telles que j'ai eu l'occasion d'en décrire et d'en faire dessiner dans un travail récent de M. H. Delagenière sur l'hystérectomie. (*Archives provinciales de chirurgie*, 1895.)

En résumé, il s'agit d'une grossesse tubaire indiscutable puisque l'embryon a été rencontré dans la trompe d'Erb. La caduque utérine, en grande partie tombée, ne s'est pas reconstituée, le muscle utérin est resté en subinvolution avec métrite parenchymateuse portée à un très haut degré.

Notons que le curettage intra-utérin n'aurait guère rapporté dans ce cas que des débris musculaires et fort peu de caduque.

Obs. 8. (N° 699 du catalogue.) — *Utérus avec les annexes, grossesse tubaire.* — Cette pièce provient d'une jeune femme de 28 ans, présentant des signes de grossesse depuis deux mois et demi, qui fut prise subitement de douleurs vagues dans l'épigastre, de métrorrhagie et mourut avec des accidents de péritonite.

A l'autopsie on constate une hémorrhagie interne; une trompe gauche dilatée, présentant une déchirure qui a été le point de départ de l'hémorrhagie, et contenant un embryon de 20 millim. de largeur. L'utérus est bien enveloppé dans toutes ses parties

et tapissé par une membrane molle et veloutée qui est la caduque. (M. Fleury, 1836.)

Examen histologique. — La caduque est peu apparente à l'œil nu, et ne forme pas les gros bourgeons qu'elle présente sur d'autres pièces. Sur les coupes, on voit la surface interne de l'utérus présenter une couche d'aspect bourgeonnant déchiquetée à sa surface et dans la profondeur. Au-dessous de ces bourgeons charnus se trouvent quelques cavités de la couche perforée, encore reconnaissables, irrégulières et aplaties, avec leurs cellules en parties desquamées; puis, dans la profondeur, au contact du muscle; un grand nombre de culs-de-sac glandulaires, petits, allongés, ayant le diamètre normal des glandes utérines, leur membrane d'enveloppe distincte, et tapissés par un seul rang de cellules prismatiques striées. Le muscle sous-jacent est épais, sa trame interstitielle est abondante; il est parsemé sur les coupes de grands sinus largement dilatés, et de grands îlots d'artères hélicines plissées et sclérosées.

En résumé, sur cette pièce, la caduque est en grande partie éliminée, probablement par œdème et désintégration consécutive; la muqueuse se répare par bourgeonnement à sa surface, pendant que, dans sa profondeur, les véritables culs-de-sac glandulaires réapparaissent à la place des cavités de la couche perforée. Le muscle utérin est encore en état de subinvolution.

Il est à remarquer que le curettage aurait ramené dans ce cas des bourgeons charnus et des culs-de-sac glandulaires peu abondants, ce qui aurait conduit au diagnostic d'endométrite végétante ou fongueuse.

Obs. 9. — Il s'agit d'une grossesse tubaire gauche reconnue à l'autopsie chez une femme présentant une déviation interne avec salpingites et adhérences au petit bassin; ce qui confirme tout ce que nous savons sur les rapports de la grossesse tubaire avec l'inflammation. La pièce a été présentée à la Société anatomique en 1895, par notre collègue M. Sergent, qui a publié l'observation clinique et a bien voulu nous confier l'utérus pour nos recherches personnelles.

Examen histologique. — a) *Coupe de la muqueuse du corps utérin.* — Cette muqueuse est couverte de saillies qui se montrent au microscope constituées suivant deux types différents ; dans le premier les saillies contiennent encore des débris glandulaires ; dans le second ce sont presque de véritables bourgeons charnus, bien que l'épithélium superficiel existe déjà. Nous étudierons d'abord celles du premier type.

On trouve en allant de la surface à la profondeur, sur les coupes, une couche mince de cellules déciduales non encore desquamées, au-dessus desquelles se retrouvent des culs-de-sac glandulaires tapissés par les cellules cubiques sur certains points, prismatiques et à plateau sur d'autres. Elles sont mêlées à des éléments caliciformes dont la surface libre est denticulée par les filaments cytoplasmiques qui retiennent le mucus. Ces cellules sont très volumineuses et beaucoup débordent le rang du revêtement épithélial, d'autres sont desquamées dans la lumière des glandes. Celles-ci sont noyées dans un chorion extrêmement riche en petites cellules rondes qui sont infiltrées jusqu'au muscle sous-jacent. C'est dans cette gangue de tissu en prolifération comme le montrent le nombre et le petit volume de ses cellules qu'apparaissent les glandes organisées ; d'abord elles sont peu différentes des lumières vasculaires ; elles n'ont pas de paroi propre, apparente, et semblent creusées directement dans le tissu ambiant. Ce n'est que sur les glandes déjà allongées que se voit la membrane d'enveloppe. Il faut ajouter qu'on ne voit plus trace des cavités de la couche perforée.

Les ilots qui ne contiennent pas de glandes apparaissent comme de véritables bourgeons sessiles à surface libre arrondie, découpés et isolés les uns des autres par des fissures au fond desquelles se trouvent des glandes en voie de développement, obliques, irrégulières, non ramifiées, ayant l'aspect de cryptes et rappelant par conséquent les glandes en cours d'apparition chez le fœtus.

Elles sont entourées d'une zone épaisse de petites cellules rondes que l'on retrouve dans le chorion juste au-dessus de l'épithélium qui recouvre les gros bourgeons charnus. Ce dernier, déjà développé, repose sur ce lit épais d'éléments jeunes. Ses cellules sont très petites, cubiques, à plateaux, disposées sur un seul rang au-dessus d'une membrane basale bien nette. Sur certains bourgeons l'épithélium est formé d'une seule assise de cellules plates.

b) *Coupe du muscle utérin.* — On retrouve des culs-de-sac glandulaires isolés et peu nombreux à une grande profondeur entre les faisceaux musculaires. Ceux-ci sont composés de fibres

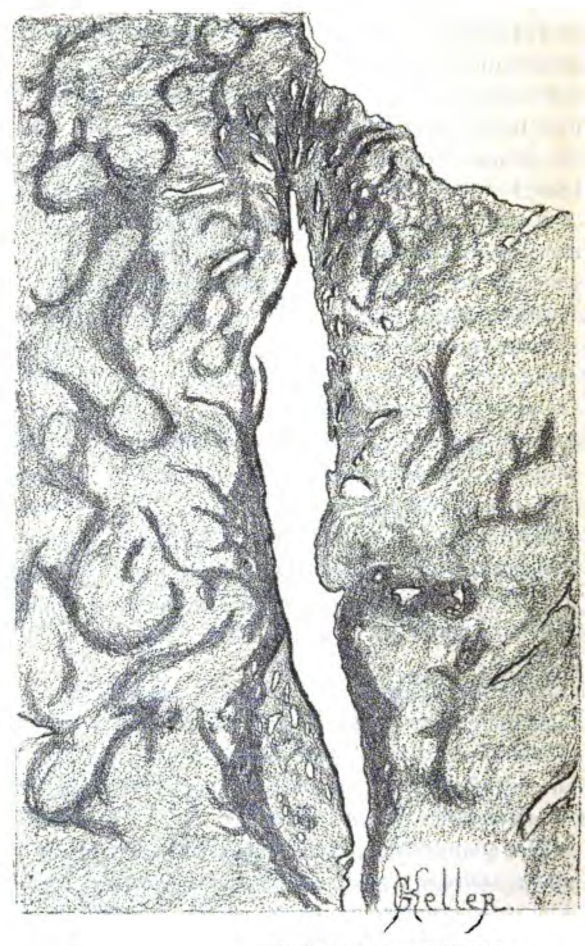


FIG. 6. — OBS. 9. — Coupe de la cavité utérine.

Muqueuse utérine en voie de réparation dans une grossesse tubaire. La caduque est en grande partie tombée et les glandes en tubes de la muqueuse du corps sont en train de se reformer. Il existe une légère inflammation du muscle sous-jacent.

à noyaux plutôt ovalaires qu'en bâtonnets. Les artères hélicines sont réunies en bouquets et leurs branches montrent un épaississement considérable de toutes leurs tuniques. Le processus d'oblitération physiologique est très avancé, et dû surtout à la prolifération du tissu conjonctif interstitiel de la couche de fibres musculaires lisses du vaisseau ainsi qu'à l'épaississement de l'endartérite. Les sinus veineux sont peu abondants.

c) *Coupe de la trompe gauche.* — On trouve dans la trompe un caillot à peine fibrineux parsemé de grandes cellules pigmentées, surtout au niveau de l'adhérence du caillot à la paroi. Celle-ci est très mince. Les franges de la surface interne ont disparu au niveau de l'adhérence. Les vaisseaux du chorion sont dilatés. On trouve un certain nombre de villosités atrophiées et en transformation fibreuse au niveau de l'union du caillot et du chorion. Cet examen était nécessaire pour établir la nature de l'affection, car il s'agissait d'un hématosalpinx sans fœtus.

En résumé, il s'agit d'une grossesse tubaire observée sur un utérus chroniquement enflammé ainsi que ses annexes. Le fœtus est résorbé, le processus marche donc vers la guérison. Du côté de l'utérus nous observons la réparation de la muqueuse à la suite de l'élimination de la caduque ; la réapparition de l'épithélium et des glandes. Dans le muscle, le retour à l'état physiologique se dessine parallèlement à la diminution de calibre des artères. Ce cas est donc un type de réparation de l'utérus à la suite de la chute d'une caduque d'origine tubaire.

II. — **Conclusions.**

Dans la grossesse tubaire, il se forme une caduque vraie. D'après les caractères généraux recueillis dans différentes observations, on peut considérer qu'elle tombe dans un délai qui varie de six semaines à trois mois à partir de la conception. Nous devons donc envisager :

1° L'état de la caduque en place ;

2° L'état de l'utérus après la chute de la caduque.

1° *La caduque étant en place* est très notablement tuméfiée et boursouflée. Elle l'est beaucoup plus qu'une muqueuse

normale, du moins au bout d'un certain temps. Cela tient à ce que la couche perforée et la couche compacte sont très développées, et que la partie la plus superficielle de cette dernière est remplie de bouquets vasculaires et transformée en une véritable nappe de sang, par suite de l'œdème qui résulte de l'involution de l'utérus et de ses vaisseaux sanguins. Le tissu de la caduque est également œdématié. En place, elle peut donc donner lieu avant de se décoller à des hémorrhagies dans lesquelles le sang sera plus ou moins dilué, à de véritables exsudations.

Ces hémorrhagies devront être distinguées de celles qui proviennent, vers la même époque et sous les mêmes influences (poussées de règles, fatigues sexuelles), du placenta tubaire décollé. Ces dernières sont formées par de véritables caillots, noirs et épais, et elles contiennent des villosités placentaires. Ces processus étant simultanés, on se rend compte des difficultés cliniques qui se sont rencontrées dans l'étude de l'hématocèle ou de la dysménorrhée.

La caduque peut se détacher d'un bloc, ou se vider peu à peu de ses éléments emportés par le flux séro-sanguin. C'est dans ces conditions qu'elle est le plus difficile à reconnaître. Quand elle est encore en place, les débris rapportés par le curettage peuvent les faire reconnaître, surtout s'ils sont examinés sur les coupes. Mais il faut apporter une grande attention à ne pas confondre l'aspect de la couche compacte parcourue de capillaires avec celui du tissu sarcomateux ou simplement fongueux. Cette erreur est aisée à commettre ; il suffit, pour s'en convaincre, de comparer le dessin de couche compacte que je donne à ceux d'endométrite fongueuse qui se trouvent dans les auteurs. Tant que la caduque est en place le muscle sous-jacent est hypertrophié, son involution se fait lentement, mais il ne paraît que peu ou pas enflammé.

2° *La caduque étant tombée* en tout ou en partie, la muqueuse utérine doit se refaire. Mais il est à remarquer que sur les utérus ainsi dénudés pour une certaine période de temps et déjà altérés au préalable dans la plupart des

cas, on rencontre tous les signes d'une métrite parenchymateuse très accusée, grosses lésions vasculaires, dissociation des faisceaux musculaires par des faisceaux de cellules embryonnaires. Ces lésions inflammatoires s'étendent jusqu'au péritoine. Je les ai trouvées au moins aussi accusées que sur les utérus enlevés pour métrite et adhérences (observations publiées par M. Delagenière). L'affection peut donc se compliquer à ce moment de métrite interstitielle, retardant encore l'involution et amenant avec elle son cortège de symptômes.

Le curettage dans ces cas ne peut fournir que fort peu de renseignements, comme nous l'avons noté dans les observations. En effet, la caduque n'est plus en place. C'est l'examen clinique, et surtout la recherche de la trompe, qui pourront éclairer le diagnostic.

Enfin les débris profonds de la couche perforée sont l'origine de nouvelles glandes utérines, qui d'abord prolifèrent au sein d'un tissu jeune très abondant. L'épithélium réapparaît, d'abord plat, puis cubique. La métrite parenchymateuse pouvant persister au-dessous, on se trouvera peut-être amené à examiner les débris d'un curettage fait dans ces conditions, et si l'évolution de la maladie n'a pas été suivie, le microscope ne pourra que déceler une endométrite à la fois glandulaire et fongueuse ; ce qui sera une double erreur. On le voit, la chute précoce de la caduque utérine rend fort difficile le diagnostic histologique de l'affection.

En résumé, l'existence d'une caduque utérine dans la grossesse tubaire complique singulièrement cette affection. Pendant que la caduque est en place, l'utérus reste en subinvolution ; il peut se produire, soit des hémorrhagies, soit de la dysménorrhée membraneuse. Quand elle est tombée, c'est la métrite diffusée à tout le muscle utérin qu'il faut craindre. L'histoire des endométrites est assez obscure pour qu'on ne néglige pas ces notions qui élargissent le cadre de la grossesse tubaire, et permettent d'y faire entrer une série de troubles utérins restés difficiles à interpréter jusquà présent.

DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE CHEZ LA FEMME

Par le Dr **Ch. Mégrat** (de Lunéville).

De toutes les maladies de l'abdomen la péritonite a été pour ainsi dire la dernière à bénéficier de la laparotomie, et encore faut-il faire des restrictions à cet égard; car si la simple incision de la paroi abdominale a donné des résultats surprenants dans certaines formes de péritonite tuberculeuse; si aujourd'hui, comme le dit M. Jalaguier (1), tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir dans la péritonite purulente, partielle, enkystée, il n'en est pas de même quand il s'agit de la péritonite généralisée, franche ou septique et en particulier de celle qui appartient exclusivement à la femme.

Cette question du traitement chirurgical est encore à l'étude; ce n'est qu'au quatrième *Congrès français de chirurgie* (séance du 10 octobre 1889) qu'elle a été catégoriquement posée pour la péritonite en général, quoique des observations et des travaux antérieurs à 1886 aient été publiés sur ce sujet et réunis dans la thèse remarquable de M. Truc (2). Dans cette séance en effet des éléments nouveaux, dont quelques-uns très encourageants, ont été fournis (3) à l'appui de ce mode de traitement chez la femme, et plus récemment encore, en janvier 1893, M. Duffau-Lagarrosse (4) a retracé,

(1) Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie*, 1892, p. 501, vol. VIII.

(2) *Traitement chirurgical de la péritonite.* Thèse d'agrégation, Montpellier, 1886.

(3) Dans les *Annales de gynécologie*, t. XXXII, p. 371, 1889. M. A. Broca résume les faits de péritonites ayant eu leur point de départ dans les organes génitaux de la femme. (Extrait du compte rendu du *quatriè mecongrès français de chirurgie*, 1889.)

(4) *De l'intervention chirurgicale dans la péritonite aiguë diffuse.* Thèse de Bordeaux, 1893.

dans un travail d'ensemble, les observations postérieures à 1886. Néanmoins les faits de ce genre, et surtout ceux de péritonites généralisées, connus jusqu'à présent, ne sont pas tellement nombreux que je croie superflu d'en relater quatre dont je fus témoin dans ma pratique.

A défaut de statistique pouvant être rappelée utilement ici (car celle de Krecke (1), la plus importante jusqu'en 1891, n'est pas complète), je me contenterai d'énumérer, parmi les observations déjà publiées à ma connaissance, celles qui m'ont paru les plus importantes, sans pouvoir préciser toutefois le nombre de celles qui appartenaient à la forme généralisée au moment de l'intervention. Ce sont d'abord certaines (2) péritonites puerpérales (3) puis celles qui ont été la conséquence de l'inflammation de la trompe (4), de la rup-

(1) *Münch. mediz. Wochensch.*, n° 33 et 34 (18 et 25 août 1891), et *Gazette hebdomadaire de méd. et chir.*, p. 543, 1891. Sur 119 cas de péritonites purulentes diffuses traitées par la laparotomie, l'auteur en relève 12 de puerpérales (avec 4 succès) et 9 de causes diverses (avec 3 succès) ; mais sans en spécifier la nature.

(2) MM. TRUC (*loc cit.*), TERRILLON (*loc. cit.*) et DUFFAU-LAGARROSSE (p. 70, *loc. cit.*), resserrent la question, en établissant une distinction importante relativement à l'efficacité de la laparotomie, entre les deux formes de péritonites puerpérales diffuses ; cette efficacité n'est bien reconnue que pour la forme primitive.

(3) 1 succès de BOJE (1877. *Schmidt's Jarhb.*; 1 succès de PLAYFAIR (1883. *Brit. med. Journ.*, t. I, p. 455) ; 1 succès de SONNENBURG (1885. *Arch. de Tocol.*, p. 579) ; 1 succès de KALTENBACH (1885. *Traité de gynéc. opér.*, p. 412, trad. par P. BAR) ; 1 cas de MOLOKENDOF (1885. *Rev. de Hayem*, p. 266) ; 6 cas de M. BOUILLY (dont 3 en 1886 ; 2 succès en 1887 et 1 cas en 1889), *quatrième congrès franç. de chirur.*, 1889 ; 1 succès de M. DENUCÉ (de Bordeaux), *quatrième cong. fr. de chir.* (*loc. cit.*) ; 1 succès de M. RAYMOND (*Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, 13 août 1890, et *Semaine méd.*, p. 316, 1890) ; 1 succès de EVANS (1890. *Med. Rec. N. Y.*, t. II, p. 407) ; 1 succès de JOS. PRICE. *De l'intervention hâtive dans la péritonite*, *News Philadelphia*, 1890, t. LVII, p. 142, et *Annales de Gynéc.*, t. XXXV, p. 490 ; 1 cas de M. DEMONS (de Bordeaux), 1892, obs. XXXIX de la thèse de M. Duffau-Lagarrosse, p. 64, déjà cité.

(4) SPENCER WELLS (1884. *Brit. med. Journ.*) ; LAWSON TAIT (1888, 20 mai. *Bul. méd.*) ; BOUILLY (1889, 4e *Cong. fr. de chir.*).

ture de pyosalpingite (1), de celle d'abcès pelvien (2), de l'utérus et de la vessie (3), de kyste ovarique suppuré (4), la complication de kyste de l'ovaire (5), de grossesse extra-utérine (6); d'autres sans cause connue (7) ou d'origine blennorrhagique (8), ou enfin à la suite de refroidissement au moment des règles (9). Si l'on n'a pas cité d'exemples d'intervention dans la péritonite post-opératoire généralisée (10), c'est sans doute parce que le traitement chirurgical ne s'est montré jusqu'ici efficace que dans la forme localisée de cette variété.

Aux succès de Boje (.), Evans (.), Kaltenbach (.), Lawson Tait (.....), Playfair (.), Price (.), Roberts (.), Sonnenburg (.), Trèves (.), William S. Cheesman (.), etc., à l'étranger, et de MM. Bouilly (....), Brun (.), Demons (.), Denucé (.), Labbé (.),

---

(1) TERRILLON (1889. *Leç. de clin. chir. à la Salpêtrière*, p. 495); POZZI (1889. 4e *Cong. fr. de chir.*), et un succès (1892. *Cong. fr. de chir.*, 18 avril).

(2) TRÈVES (1885. *Med. chir. Trans.* et *Cent. f. Chir.*, 1886, p. 686).

(3) BOUILLY (1889. 4e *Cong. fr. de chir.*) ; POZZI (1892. 6e *Cong. fr. de chir. Sem. méd.*, p. 143.)

(4) DEMONS (1889. 4e *Congr. fr. de chir.*, un succès) ; ROBERTS (1886. *Med. News*, 25 décembre, un succès) ; TERRILLON (1889, *loc. cit.*), un succès ; JACOBS (1892. 6e *Cong. fr. de chir.*, séance du 18 avril). *Sem. méd.*, p. 143; WILLIAM S. CHEESMAN (1892. *Med. Record*, 10 septembre, un succès).

(5) 1 succès de KEITH dès 1865, depuis d'autres de KŒBERLÉ (*Gazette méd. de Strasbourg, passim*) ; MUNDÉ (1878. *The Americ. Journ. of med. sc.*, t. 75, p. 100); dans la thèse de HUE (*De la péritonite aiguë compliquant les kystes de l'ovaire*, Paris 1883) ; SPENCER WELLS (*Des tumeurs de l'ovaire*, etc., p. 74, 1883), et LAWSON TAIT (1888, *loc. cit.*), sans pouvoir spécifier le nombre de péritonites généralisées.

(6) BOUILLY (1889. *Cong. fr. de chir.*).

(7) LABBÉ (1889, même Congrès). — Sur trois succès de LAWSON TAIT, deux pendant la grossesse dont le cours ne fut pas interrompu.

(8) LAWSON TAIT (1888, *loc. cit.*), 1 succès.

(9) LARGEAU (de Niort), 1888. *Poitou méd.*, 1er décembre, 1 succès; BRUN (1889, 4e *Cong. fr. de chir.*).

(10) Sauf un exemple des plus récents cité au Congrès de Bordeaux (séance du 14 août 1895), par MM. PICHEVIN et PETIT (de Paris) : péritonite généralisée consécutive à une hystérectomie abdominale totale pour gros fibrome ; aparotomie secondaire, lavage et guérison.

Largeau (.), Pozzi (...), Raymond (.), Terrillon (.), etc., en France (1), je viens ajouter les deux miens (obs. II et IV), dans l'intention surtout de montrer (obs. II) combien une intervention prudemment hâtive peut parfois être efficace. Je relate en même temps deux autres faits, dont l'issue n'a pas été heureuse, mais qui, à mon avis, ne manquent pas d'intérêt, en ce qu'ils apportent certains éléments utiles à cette étude.

Les trois premiers cas, qui n'avaient de commun que leur extrême gravité, n'étaient certes ni l'un ni l'autre encourageants pour une intervention chirurgicale. Aussi j'avoue que l'instante prière des patientes demandant à tout prix la conservation de la vie ou au moins un soulagement, a pesé du plus grand poids dans ma décision, aidée elle-même par la certitude de ne pas aggraver leur situation.

Dans le dernier cas, l'étendue de l'épanchement péritonéal et sa reproduction rapide après la ponction m'ont fourni l'indication formelle de la laparo-myomectomie.

On verra que ces cas présentaient entre eux de grandes différences d'origine, de nature et de degré d'intensité.

Obs. I. — *Péritonite généralisée avec épanchement considérable, à marche insidieuse, compliquant deux kystes ovariques, et méconnue avant la laparotomie. Effets de celle-ci. Reproduction d'un faible épanchement qui s'enkyste derrière le pubis, devient septique et entraîne la mort le 15e jour. Autopsie.*

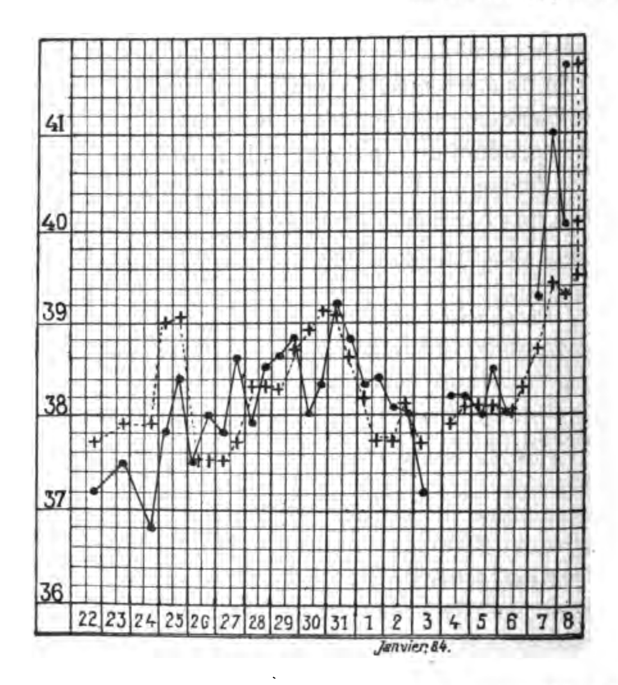
Mme Lef..., âgée de 49 ans, encore menstruée, nullipare, de santé délicate et affaiblie par le développement rapide d'un kyste ovarique multiloculaire dont la ponction pratiquée (le 28 octobre 1883, le lendemain de ma première visite avec mon confrère le Dr Gust. Hornus), donne huit litres d'un liquide citrin, un peu louche, comme huileux d'abord, puis visqueux et filant, ressemblant à du blanc d'œuf non coagulé. Une deuxième ponction, nécessitée

(1) Ce seraient déjà 28 succès (mais appartenant pour la plupart à des péritonites localisées au moment de l'intervention).

bientôt (le 17 décembre) par une tympanite extraordinaire et des accidents d'occlusion, fournit quatorze litres d'un liquide de même aspect, mais plus fluide et présentant en suspension, vers la fin, des grumeaux fibrineux blanchâtres.

Le volume considérable, que reprend rapidement (en 8 jours) son abdomen, fait prévoir la nécessité de rapprocher de plus en plus les ponctions, et elle s'affaiblit à tel point qu'elle peut à peine rester assise deux heures de suite; aussi se sentant incapable d'entreprendre le moindre voyage, soit à Strasbourg, soit à Nancy pour subir l'ovariotomie, me demande-t-elle instamment de l'opérer.

Voici en quelques mots son état, le 25 décembre, une heure avant l'opération: T. 37°,8 (36°,8, la veille au soir), pouls à 120,



faible, régulier, petit, mais non serré; ventre insensible à la palpation; pas de vomissements.

Avec la bienveillante assistance de mes confrères les Drs Eug. Simon et Monginot, je pratique une incision médiane sous-ombilicale (je passe sur les détails opératoires sans intérêt ici), qui met à nu le péritoine pariétal, fortement hypérémié, bombant entre les lèvres de l'incision, refoulé qu'il est par un liquide épanché en abondance. Celui-ci, d'un jaune foncé, fluide d'abord, puis louche, visqueux, légèrement filant, en tout semblable à celui des premières ponctions, s'échappe à flots de l'incision péritonéale. L'épiploon, sans adhérence, est également congestionné et injecté de veines volumineuses.

Pour évacuer complètement ce liquide (1) que j'évalue en totalité à douze litres, il me faut enlever préalablement non pas un, mais deux kystes multiloculaires et dermoïdes dont le gauche très volumineux porte (2) sur une partie cartilagineuse, non rétractile de la paroi de sa grande loge, la plaie triangulaire encore béante de la dernière ponction et par laquelle une partie du contenu du kyste s'était épanchée dans l'abdomen. Les anses intestinales, restées libres, mais non dilatées, qui se présentent mollement dans l'incision, ont aussi leur séreuse considérablement hypérémiée et leur paroi boursouflée, comme charnue.

Toilette aussi complète que possible de tout le péritoine pariétal et intestinal, avec de nombreuses serviettes neuves et sèches.

Réduction des deux pédicules ; en tout cinq ligatures perdues ; pas de drainage, après hésitation. — Réunion par deux plans de suture Kœberlé. — Anesthésie pendant deux heures.

Dès le 2e jour, au niveau de l'hypogastre, ballonnement modéré et très faible fluctuation qui disparaît le lendemain (sans doute sous les anses intestinales agglutinées derrière le pubis) ; mais de petits frissons et 38°,6 le 3e jour indiquent qu'il s'est reformé un léger épanchement, et cependant les urines (contrairement à ce qu'elles étaient, troubles et rares, avant l'opération) sont fréquentes, claires, spontanées (dès le 4e jour) ; avec cela, manque absolu (le 4e jour) de sensibilité à la palpation abdominale et à la

(1) Je regrette de n'avoir pas recueilli de ce liquide pour l'examiner à loisir.

(2) Et comme autre particularité remarquable, ce kyste présente, sous un point dur de l'épaisseur de sa paroi, les vestiges d'une mâchoire inférieure droite, avec quatre dents.

pression des culs-de-sac vaginaux (la matrice rétroversée occupant le fond de celui de Douglas) ; cessation de la constipation (le 6e jour) et absence de vomissements; tous signes qui, avec les progrès de cicatrisation de la plaie, ne sont certainement pas en faveur du développement d'une péritonite. Aussi, à part la terreur pour l'opérée, autrefois très courageuse, de rester un instant seule et le 7e jour un mouvement fébrile (P. 120 et T. 39°,2) avec urticaire généralisée (?) (qui ne me font pas oublier l'avertissement du 2e jour), je m'étonne encore le 10e jour de ne pas voir se réveiller, d'une façon plus manifeste, cette péritonite naguère si étendue ; mais bientôt (le 14e jour) la fièvre redouble (P. 130 et T. 41°) et, sous les atteintes apparentes d'une miliaire (que dans nos régions nous ne voyons jamais indépendante du rhumatisme articulaire ou de la pneumonie), entraîne la mort à la fin du 15e jour.

Autopsie. — La cicatrice abdominale est solide; aussi l'examen de la cavité nécessite-t-il une incision parallèle, qui trouve le péritoine pariétal et l'épiploon de couleur ardoisée, sans aucune adhérence entre eux ; mais le bord inférieur de ce dernier s'enfonce sous une anse d'intestin grêle distendue, accolée transversalement derrière le pubis. Le décollement de celle-ci fait sourdre un flot de liquide gris sale, grumeleux, extrêmement fétide. La recherche et la traction des deux pédicules amènent l'ouverture de deux loges analogues; le contenu total de ces trois foyers, situés dans la partie supérieure de l'espace vésico-utérin élargi par le fait de la rétroversion, peut être évalué à 100 grammes. C'était donc ce liquide, reproduit en petite quantité le lendemain de l'opération, qui s'enkysta, entretint ce degré et demi, ces deux degrés en excès, devint septique et dont la traduction extérieure fut d'abord l'urticaire, puis une miliaire des plus confluentes. Le bord gauche de l'épiploon adhère intimement au pédicule correspondant, mais une forte traction sur lui ne produit qu'un suintement sanguin; il est encore injecté comme au moment de l'opération. Les cinq ligatures perdues n'ont pas bougé.

Cette autopsie fit constater, comme effet de la laparotomie, même sans drainage, l'atténuation manifeste des signes anatomiques de la péritonite généralisée qui, en voie régres-

sive dans la partie supérieure de l'abdomen, s'était réduite à une pelvi-péritonite secondaire, purulente, enkystée dans l'espace vésico-utérin, où elle avait échappé à mes recherches les plus attentives, mais qu'un drainage d'emblée eût sans doute empêché de se produire et que la réouverture de la plaie à son angle inférieur eut permis d'évacuer, de laver et peut-être de guérir.

Ce résultat, tout incomplet qu'il fût, m'encourageait donc à mettre en pratique à l'avenir l'idée que j'avais déjà émise, le 28 novembre 1868, et qui parut alors si follement téméraire à mon confrère le Dr Eug. Simon, témoin impuissant comme moi de la marche suraiguë d'une péritonite (suite de traumatisme obstétrical) : le débridement du péritoine me paraissait, lui disais-je, le seul moyen capable d'amener une détente dans ces accidents formidables.

Je ne tardai pas du reste à trouver la confirmation de cette prévision et de mes premières remarques dans les faits relatés par M. Hue (1), de succès presque inespérés d'ovariotomies pratiquées en pleine péritonite aiguë. Et cette complication des kystes fut même bientôt citée, par Spencer Wells (2), Hegar et Kaltenbach (3), Lawson Tait (4), parmi les indications formelles de l'ovariotomie.

Enfin les résultats heureux apportés au *quatrième Congrès français de chirurgie* (5) achevèrent de me convaincre intimement de l'efficacité de la laparotomie dans la péritonite généralisée, mais ce ne fut qu'en 1891 (obs. II et III) et en 1894 (obs. IV) que je pus en constater moi-même de nouvelles preuves.

La deuxième observation est relative à un cas absolument distinct de tous ceux que j'ai trouvés publiés jusqu'à ce

(1) *Gazette hebdom.*, p. 667, 1883. Thèse (*loc. cit.*).

(2) *Des tumeurs de l'ovaire*, etc., p. 74, 1883.

(3) *Traité de Gynécol.*, *loc. cit.*, p. 175, 1885.

(4) D'après DELBET : *Traité de chir. de* DUPLAY et RECLUS, p. 663, t. VIII.

(5) *Loc. cit.*

jour, par la période relativement précoce à laquelle j'ai cru devoir intervenir. Elle me paraît surtout importante en ce qu'elle prouve qu'il peut quelquefois y avoir avantage à ne pas attendre, pour agir, les signes plus ou moins incertains de la suppuration intra-péritonéale et encore moins les symptômes trop évidents de la septicémie. Voici cette observation :

OBS. II. — *Péritonite aiguë généralisée franche, à son paroxysme, de cause inconnue avant la laparotomie. Celle-ci montre, ainsi que l'observation ultérieure de l'opérée, qu'elle était due au réveil et à l'extension, au moment d'une époque menstruelle, d'une ancienne pelvi-péritonite d'origine puerpérale. Effets immédiats et secondaires du débridement péritonéal. Guérison.*

La fille Sch., âgée de 23 ans, domestique, dont la menstruation est douloureuse, abondante et de longue durée (10 jours) depuis son premier accouchement (le 3 janvier 1888) à la maison de secours de Nancy, y fut traitée d'abord à ce moment, puis en hiver 1890 aux cliniques médicale et gynécologique des professeurs Spillmann et Alph. Herrgott, pour une métrite avec rétroversion. Elle entre à l'hôpital de Lunéville, le 6 mai 1891, dans le service de mon collègue le Dr T. Saucerotte qui, après l'avoir soignée pour une métrite parenchymateuse avec retentissement inflammatoire probable aux annexes droites, me la fait voir le 18 mai, en pleine péritonite aiguë généralisée, franche, des plus manifestes : T. = 39°,5 et P. = 136, depuis deux jours ; ballonnement et sensibilité extrêmes de l'abdomen ; sonorité superficielle partout ; fluctuation bilatérale seule, mais très nette (épanchement moyen) ; étouffements ; vomissements d'abord porracés, puis jaune brunâtre (marc de café) ; cris incessants ; douleurs atroces dans tout le ventre, surtout à droite et d'une telle acuité qu'elle ferait croire à l'occlusion intestinale, s'il n'existait en même temps des selles diarrhéiques fréquentes (gastro-entérite aiguë), et commencement d'escarre de décubitus au sacrum.

Ces accidents inflammatoires et douloureux arrivés au paroxysme, qu'aucun moyen thérapeutique (tels que deux applications de sangsues à deux jours d'intervalle, l'opium et la morphine à

hautes doses, un large vésicatoire) n'a pu atténuer, paraissant devenir à bref délai une menace pour l'existence de cette jeune fille, me font proposer, comme dernière ressource, la laparotomie qui est acceptée aussitôt et par mon confrère et par la patiente. C'est bien en effet un débridement que réclame ce péritoine violemment enflammé dans toute son étendue.

J'opère le 19 avec l'obligeante assistance de mon vieil ami le Dr A. Labrevoit et de mes collègues les Drs T. Saucerotte, Paulin et Em. Simon.

Incision médiane, d'abord jusqu'à l'ombilic, empiétant un peu sur le bord interne du muscle droit ; plaie saignante (5 pinces hémostatiques). Le liquide épanché n'est pas assez abondant pour soulever le péritoine pariétal ; adhérence limitée de ce dernier, à gauche de l'incision, avec l'angle inférieur correspondant du bord de l'épiploon ; le reste de ce bord est libre, congestionné, recroquevillé sur lui-même, épaissi et graisseux. Issue précipitée de plusieurs anses intestinales, complètement distendues et très fortement hypérémiées, mais non agglutinées entre elles, dont la séreuse, dépolie, comme feutrée, présente de nombreux filaments mobiles, longs de $0^{m},01$ et plus, ressemblant à des fibrilles de linge imbibées de sang. Après réintégration de ces anses, l'incision est suffisamment agrandie, par en haut, pour permettre l'exploration de la cavité péritonéale, d'où la sérosité s'écoule assez abondante, pendant l'introduction de la main : l'index et le médius ne trouvent aucune tumeur des annexes, mais sentent très profondément le bord supérieur du fond de l'utérus, fortement rétroversé et fixé par une large bride qui va de cet organe s'insérer sur le bord postérieur gauche du détroit supérieur ; le pavillon de la trompe de ce côté paraît normal.

Avec le seul linge dont je dispose, préparé à la hâte (propre, mais non ébarbé), je n'essaie pas de faire une toilette sérieuse du péritoine ; ce qui nécessiterait du reste un agrandissement de l'incision dépassant déjà l'ombilic. Je me contente d'éponger le liquide séreux (que j'estime en totalité à un litre et demi et regrette de n'avoir pas examiné au microscope) et le peu de sang qui provient de l'incision musculaire ; je ne pratique pas non plus de lavage, puisque le liquide épanché est séreux et clair et que surtout je suis décidé à drainer d'emblée.

Nouvelle issue, mais en plus grande masse, des intestins dont la

réduction est laborieuse, malgré trois ponctions aspiratrices qui ne donnent que peu de gaz et de liquide séreux.

Installation à demeure, dans la partie la plus déclive du bassin, d'un gros tube de caoutchouc non fenêtré, de 0m,01 de diamètre et de 0m,50 de long, destiné à faire siphon.

Réunion de l'incision par trois plans de suture : la profonde (de Kœberlé) n'intéressant que les tissus fibreux de la ligne blanche, sans comprendre le péritoine ; la moyenne, à trois points enchevillés, portant encore sur les aponévroses et les muscles ; et la superficielle, avec neuf épingles. Pansement antiseptique dans un milieu qui a été souvent visité par l'érysipèle.

L'impression de tous les assistants, après l'opération, est celle d'un pronostic extrêmement grave.

Le chloroforme a donné à la patiente, ainsi qu'à ceux qui l'entouraient, une bonne heure de soulagement ; son réveil s'accompagne encore de vives souffrances ; mais les vomissements cessent absolument. Dès le soir même, urines spontanées ; le lendemain, expulsion abondante de selles et de gaz. Les douleurs abdominales persistent les jours suivants ; toutefois leur acuité n'est plus comparable à celle des jours précédents et maintenant elles sont surtout localisées à gauche, vers le bord de l'épiploon. De fortes doses d'opium (0 gr. 15 en moyenne et même jusqu'à 0 gr. 22 le 3e jour) et des injections morphinées procurent à peine du calme, mais pas de sommeil avant le 8e jour et encore n'a-t-il que 25 minutes de durée environ. La diarrhée continue ; le ballonnement a disparu rapidement.

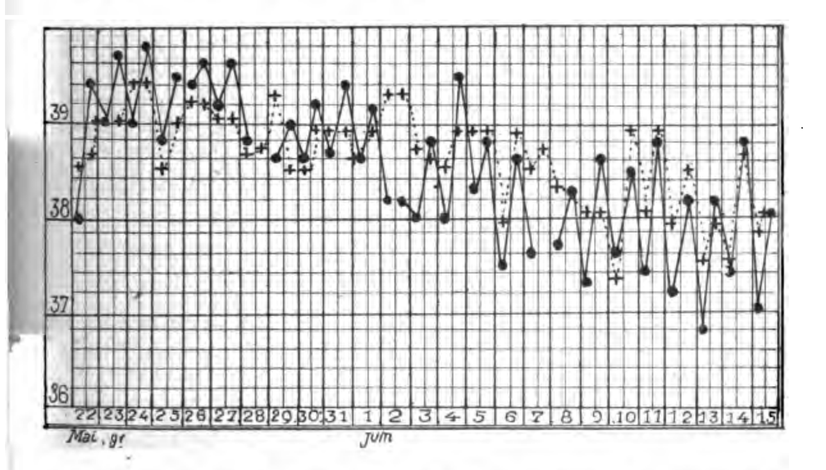
La fièvre persistante (oscillant du 3e jour entre 39°,4 et 39°,7 pour atteindre jusqu'à 39°,9, le 5e jour, avec 136 pulsations), malgré le sulfate de quinine (0 gr. 80 à 1 gr. 00 par jour) me fait craindre la formation d'un foyer péritonéal secondaire ; mais le retrait graduel et spontané du drain, la nécessité d'en diminuer le calibre, l'absence de toute fluctuation et de point douloureux dans les culs-de-sac vaginaux (les 4e et 14e jour) me font attribuer cet état fébrile à un simple travail d'agglutination des anses intestinales vers le point douloureux du côté gauche, mentionné plus haut.

7e jour : Chute du dernier fil de la suture profonde qui heureusement est assez solide pour résister le lendemain sous l'effort que la jeune imprudente, oubliant toutes les recommandations, fait en s'asseyant sur son lit ; mais il n'en est pas de même des

sutures collodionnées, destinées à soutenir la suture superficielle après l'enlèvement des épingles : elles ont complètement lâché du côté droit et les fils de la suture moyenne ont ulcéré et éraillé fortement la peau. Une nouvelle suture collodionnée ne me donnant pas une sécurité suffisante, j'ai recours à un simple appareil (de diachylon et de cordonnets de fil de coton) dont je n'eus qu'à me louer.

8e jour : Agacement indescriptible ; mais diarrhée considérablement diminuée (2 selles au lieu de 15 encore la veille).

9e jour : Cessation des opiacés qui seuls ont calmé. Muguet du 10e au 13e jour. L'opérée, d'habitude très difficile pour la nourriture, est, pendant les 16 premiers jours, soutenue surtout par l'extrait de quinquina, le cognac et le café ; elle ne commence à s'alimenter convenablement que dès le 18e jour, moment où sa température tombe le matin à 37°,5, quoiqu'elle remonte encore

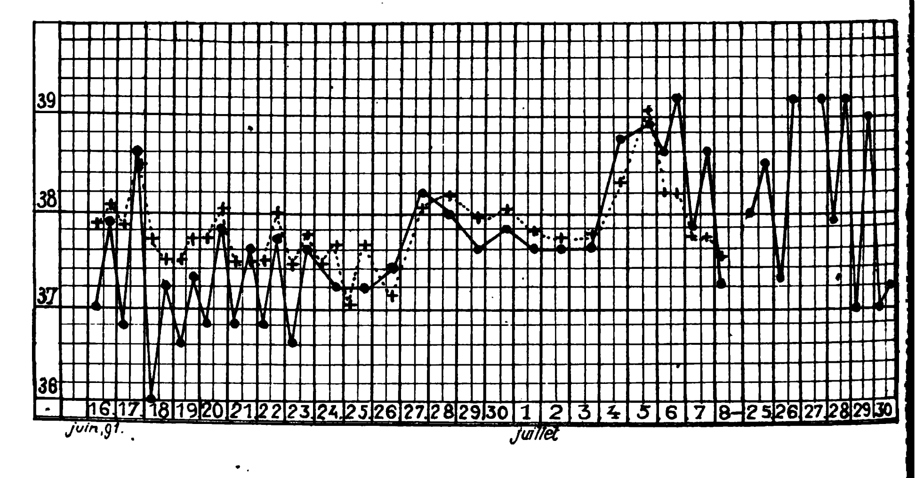


le soir vers 39° : hyperthermie que, par exclusion, je persiste à attribuer à une péritonite adhésive et localisée, près du bord inférieur gauche de l'épiploon.

Le petit tube fenêtré, qui a remplacé le 14e jour le drain primitif (sorti graduellement et de lui-même), est supprimé définitivement le 20e jour. D'une gaîté folle, l'opérée chante pour la première fois; mais conserve le soir 1°,5 de trop, contre lequel

l'antipyrine est sans effet; le sulfate de quinine (0 gr. 50 en moyenne) semble mieux agir. La température, encore à 38°,7 le 29e jour, tombe le lendemain matin au-dessous de 37° et, à partir du 24 juin (36e jour), à 37°,2 le soir. Dès lors on n'a plus à combattre que la constipation revenue comme à l'état de santé.

Le retard occasionné par son insigne imprudence dans la cicatrisation de l'incision, qui ne fut complète qu'à la fin d'août, me permit de la tenir plus longtemps en observation et de constater qu'à chaque époque menstruelle (6 et 26 juillet, 15 août et 25 septembre), il se fit comme un retour offensif, une menace de péritonite à gauche et au-dessous de l'ombilic vers la cavité pelvienne (frisson, mouvement fébrile T. = 39°,2, P. = 120 et envies de vomir).



Elle quitta l'hôpital en parfaite santé le 20 octobre 1891. Depuis, à plusieurs reprises et encore le 20 mars 1894, elle vint revoir l'infirmière qui lui trouva une mine magnifique; elle continuait son travail d'autrefois, mais elle éprouvait toujours, au moment de ses règles, des nausées et du ballonnement de la partie supérieure de l'abdomen.

Ici les effets du débridement péritonéal ont été des plus remarquables; d'abord par la cessation immédiate, absolue des vomissements, la diminution marquée des douleurs, la disparition rapide du ballonnement et ensuite par l'influence

évidente des plus heureuses sur la marche régressive de la maladie. Mais, à vrai dire, c'était, de mes trois premières opérées, le sujet le plus résistant, le plus jeune, le seul aussi qui n'eût pas présenté de signes de septicémie ; la première, déjà âgée, était très affaiblie par la maladie compliquée qui avait nécessité l'ovariotomie, et la troisième, épuisée par la suppuration et par la septicémie (P = 168) était, comme on le verra, presque agonisante, quand j'intervins. Chez la quatrième, de santé délicate, j'opérai avant qu'elle ne fût affaiblie.

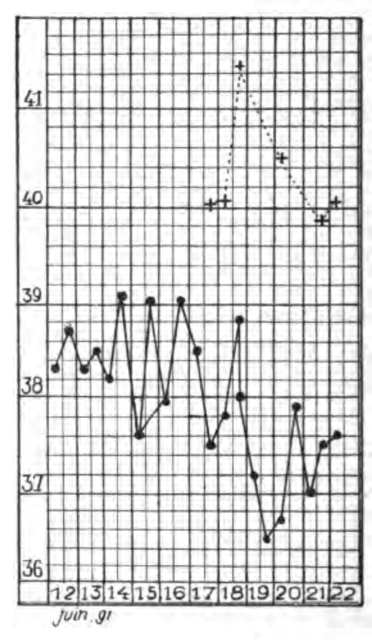
Fallait-il profiter de cette occasion pour guérir la fille Sch. de sa rétroversion, cause directe de ses douleurs menstruelles et agent producteur indirect de la péritonite ? Il était, en effet, bien rationnel de couper la bride utéro-pelvienne entre deux ligatures et de pratiquer l'hystéropexie; mais j'avoue que, pendant l'opération, la question d'une infirmité de cette nature me parut tout d'abord bien secondaire comparativement à la gravité de la péritonite étalée sous nos yeux. De plus, il eût fallu agrandir l'incision abdominale, déjà bien assez longue pour me donner fort à faire, lutter constamment contre l'issue violente des anses intestinales énormément distendues et les réintégrer dans leur domicile. Je ne doute pas, d'après ces difficultés, que la masse intestinale ne fût sortie tout entière de sa cavité et j'en laisse apprécier les conséquences possibles.

Obs. III. — *Péritonite généralisée purulente, suite de couches, reconnue tardivement par la ponction et traitée en pleine septicémie par la laparotomie. Effets de cette dernière : atténuation de la péritonite. Mort 4 jours après de pleurésie infectieuse. Autopsie.*

Mme M..., âgée de 28 ans, accouchée pour la troisième fois, il y a cinq semaines, m'est montrée, le 16 juin 1891, par mon confrère le Dr T. Saucerotte, au moment où il vient de lui retirer, par une ponction abdominale, 5 litres de pus. Pâleur extrême sans bouffissure ; délire calme, mais ne lui permettant de donner que des

renseignements très incertains sur les soins qu'elle a reçus avant son entrée à l'hôpital, le 9 juin ; tremblements des mains, bronchite et dès le 11, température 39° le soir ; peu de souffrance. Ventre affaissé (paroi flasque et ballottante) à peu près sonore et indolent partout, excepté à l'hypogastre, où la palpation et la toux réveillent de la douleur et où l'on trouve le fond de l'utérus encore volumineux, comme au huitième jour de son involution. Rien d'anormal dans les culs-de-sac vaginaux.

Ne comptant pas sur les effets persistants d'une simple ponction qui n'a pu vider complètement une cavité purulente de cette étendue (et la preuve en fut bientôt fournie par la température qui, tombée le lendemain matin à 37°,5, remontait le soir du même jour à 38°,8), je me propose aussitôt de lui appliquer le traite-



ment institué par M. Bouilly (1) ; mais, par suite d'une circonstance indépendante de ma volonté, ce n'est que le 18, à 3 heures et demie du soir, après une perte de temps considérable (46 heures

(1) *Sem. méd.*, 1889 (4e Congr. fr. de chir.).

de plus, à la période où en était arrivée cette malade, c'était énorme) que, sur sa prière de tout faire pour la conserver à ses enfants, j'entreprends l'opération ; quoique sa situation se soit énormément aggravée ces deux derniers jours. Son état de septicémie très avancée est en effet désespéré : le pouls, hier à 140, est aujourd'hui à 168, très faible ; T. = 38°,8 ; R. = 42; miliaire perlée ; sueur froide profuse, forte dilatation des pupilles, délire plus tenace, frémissements de tendons, tremblement général continu, muguet accentué, râles localisés aux deux bases en arrière, ventre insensible, non ballonné; vomissements du bouillon seulement.

J'opère avec l'assistance dévouée de mes confrères les Drs A. Labrevoit, Job, Paulin, T. et L. Saucerotte. Le chloroforme est administré avec les plus grandes précautions (15 gr. suffisent). Pour la même raison, la crainte du choc, je me borne à une incision péritonéale de 0m,05 à 0m,06, abrégeant ainsi le plus possible la durée de l'opération. Le fascia transversalis enflammé est confondu par sa face profonde avec le péritoine pariétal très épaissi (0m,0015). Écoulement de pus (2 litres environ) mélangé de nombreux flocons (sorte de gelée purulente) dont un énorme, de la largeur de la main, venant flotter entre les lèvres de l'incision est retiré avec la pince. Dans le fond d'une sorte de bourbier, apparaît une large masse grisâtre, inerte ; c'est l'intestin que l'index explorateur trouve réuni en un paquet aplati formant un plan horizontal à surface ondulée, tomenteuse, veloutée, sans adhérence avec la paroi abdominale. Cette cavité communique librement, d'une part, avec chacune des fosses iliaques (le prolongement est plus profond à droite qu'à gauche où l'S iliaque en forme la limite) et de l'autre, derrière la matrice dont les annexes présentent comme elle une surface tomenteuse et veloutée, mais sans développement anormal des trompes. Il s'agit donc d'une vaste poche purulente préintestinale, anfractueuse à ses extrémités et représentant la presque totalité de la cavité péritonéale. L'immobilité des intestins simplifie singulièrement l'opération. Après hémostase de la plaie, lavage à grande eau salée (7 gr. 5 0/00) et à 38°,5, successivement dans toutes les directions susindiquées, en terminant par la cavité pelvienne. — Deux gros drains à demeure, l'un rétro-pariétal et l'autre rétro-utérin. Réunion par deux plans de suture Kœberlé.

A son réveil, pas de vomissements; pouls toujours misérable. Le 19 (1er jour); affaissement, extension du catarrhe pulmonaire jusqu'en avant; sueur froide profuse, ongles violacés; muguet plus marqué; la température (38°,8) tombe (4 heures après le lavage) à 38° et le lendemain matin à 37°,2, le soir à 36°,5; se maintient à 36°,7 (le matin du 2e jour) pour remonter le soir à 39°,7, réaction générale au bout de 36 heures; réchauffement, pâleur des mains sans cyanose, pouls plus perceptible (150), pas de vomissements. Toniques stimulants et aliments choisis, elle accepte tout, tant elle désire guérir. État moins mauvais, mais restant extrêmement grave, moral excellent, sérénité parfaite. — 3e jour, pouls plus nettement appréciable (136), T. = 37°, diminution de la dilatation des pupilles, des tremblements nerveux et de la quantité de pus ramené par les lavages boriqués. — 4e jour, matin, P. = 140; T. = 37°,6; enlèvement des épingles (suture nette), mais souffle intense à la base du poumon droit. Faiblesse extrême; à 3 heures, perte de connaissance et mort 1 heure après (à la fin du 4e jour).

Autopsie. — Poitrine : simple hypostase des deux bases pulmonaires, épanchement de pus, trouble, grumeleux (1 litre et demi) dans la plèvre droite avec fausse membrane gélatineuse. Abdomen : sur une largeur d'une pièce de 2 francs, une anse intestinale adhère à gauche et au-dessus de l'ombilic. — Vaste poche occupant toute la cavité péritonéale, sauf la partie droite du cul-de-sac vésico-utérin et l'espace postérieur où est retenu le paquet intestinal agglutiné et ratatiné sous l'épiploon. Toute la surface de la séreuse est encore tomenteuse, d'apparence générale grisâtre, mais assez bien détergée; elle présente même en certains points des îlots rouges, granuleux (bourgeons charnus); surface humide, sur toute l'étendue de laquelle on ne trouve plus que deux petits flocons jaunâtres d'apparence graisseuse, l'un dans une anfractuosité des circonvolutions intestinales de la fosse iliaque droite et l'autre en bas vers le côté droit du cul-de-sac de Douglas, où stagnent à peine 40 gr. de pus.

La surface de l'utérus et de ses annexes a le même aspect. La traction, exercée sur le corps de cet organe pour l'extraire, déchire des adhérences récentes situées en avant de son angle droit et ouvre une cavité remplie de 50 grammes environ de matière purulente; foyer secondaire, préexistant à la laparotomie et qui a échappé à l'exploration et aux lavages. La matrice, volumineuse,

est également enflammée, comme le témoigne une coupe verticale de sa paroi qui est ardoisée et infiltrée de sanie purulente. A gauche, trace de l'insertion placentaire. Pas de tumeur des trompes.

Si, dans les quatre jours qu'a survécu cette malade, la septicémie a continué sa marche envahissante, la complication de bronchite ayant fait place à la pleurésie purulente, on peut toutefois remarquer que la suppuration intra-péritonéale a été, ainsi que la fièvre, considérablement réduite; que les lavages ont bien opéré et qu'en définitive la laparotomie, même dans les limites restreintes où elle a été pratiquée ici, n'a pas hâté la fin de la malade, mais en a plutôt atténué l'état et retardé de quelques jours la mort qui était imminente au moment de mon intervention.

En outre, comme l'observation I, celle-ci prouve qu'il ne faut pas compter d'une manière absolue sur les données négatives du toucher vaginal le plus attentif, auquel peut échapper l'existence d'une collection purulente enkystée entre les anses intestinales de l'espace vésico-utérin.

OBS. IV. — *Péritonite avec épanchement considérable compliquant un fibrome utérin sous-séreux; reproduction rapide de l'épanchement après la paracentèse. — Laparo-myomectomie: adhérences intestinales et vésicales. Lavage; drainage. Légère pelvi-péritonite rétro-utérine; résolution.*

Mme H..., âgée de 26 ans, menstruée régulièrement depuis son deuxième accouchement (il y a quatre ans), entre à l'hôpital, le 26 novembre 1894, pour un épanchement péritonéal considérable dont la cause productrice (fibrome utérin sous-séreux, probablement adhérent en plusieurs points) n'est constatée qu'après une ponction (le 1er décembre). Celle-ci donne issue à 11 litres d'un liquide très fluide, jaune verdâtre, de 1017 de densité, ne coagulant pas par le refroidissement, mais par la chaleur et dont le précipité est redissout par l'acide lactique.

L'épanchement se reproduisant très vite, quoique la température, avant comme après la ponction, soit restée de quelques dixièmes au-dessous de 37°, avec un pouls de 90 et même de 100,

mais sans douleurs abdominales notables, je lui propose l'opération, qu'elle accepte et que je pratique le 8 décembre (après les précautions antiseptiques), avec la gracieuse assistance de mes confrères les Drs A. Labrevoit, Guichard, Paulin, Lalitte et Em. Simon. Je commence l'incision médiane à partir de l'ombilic, m'arrêtant à 0m,05 du pubis ; car je soupçonne l'allongement de la vessie ; plaie saignante (malgré la flaccidité de la paroi), nécessitant l'application de plusieurs pinces hémostatiques; forte injection du fascia transversalis; hypérémie intense du péritoine pariétal dont l'incision donne des flots de sérosité ; pas d'épiploon visible ; les anses intestinales affaissées sur elles-mêmes me permettent de reconnaître facilement, par l'exploration digitale combinée avec celle d'une sonde rigide d'homme introduite dans la vessie, que ce réservoir remonte très haut, mais en s'éloignant de la paroi abdominale, attiré qu'est son sommet par une large (1) et solide adhérence, à la partie antéro-inférieure de la tumeur. Celle-ci, outre son pédicule émergeant du milieu du fond du corps utérin, présente encore deux autres points d'attache au gros intestin. Je puis dès lors rapprocher mon incision du pubis et lui fais dépasser l'ombilic de 0m,015.

Après avoir évacué la plus grande partie du liquide dont j'évalue la totalité à quatre litres et qui me paraît moins verdâtre que celui de la ponction, mais un peu louche, opalin, je libère la tumeur de ses attaches multiples (en tout 11 ligatures perdues dont 5 en chaîne sur l'adhérence vésicale). Hémorrhagie en nappe assez abondante, suivie d'un état quasi-syncopal (choc), qui force à suspendre momentanément la chloroformisation.

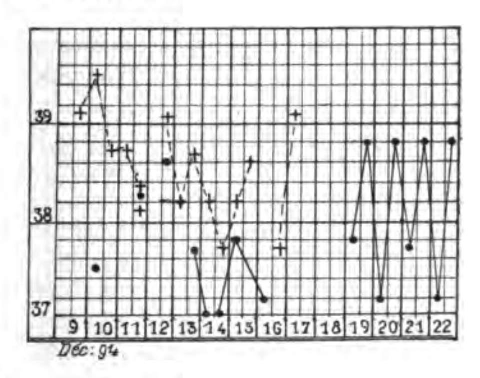
J'étreins d'emblée le pédicule avec le serre-nœud de Kœberlé qui me donne plus de sécurité que l'anse élastique, jette par-dessus une ligature de soie plate n° 8 et préférant la méthode extra-péritonéale, à cause de la péritonite préexistante qui nécessitera le drainage, je sectionne le pédicule, après sa transfixion avec une broche dont j'infléchis un peu en avant les deux extrémités pour éviter un trop fort tiraillement de la matrice ; car celle-ci lisse, de volume normal, rétroversée, est fixée par des adhérences pelviennes assez fortes pour résister à la traction qu'exerce la broche sur le pédicule.

---

(1) De 0m,06 de largeur sur 0m,005 d'épaisseur. Fibrome homogène pesant, après dégorgement, 700 grammes ; ovoïde, de 0m,40 et 0m,38 de circonférences.

A l'aide de compresses-éponges, j'enlève le mieux possible les caillots et la sérosité des parties déclives, lave la cavité abdominale à grande eau salée (7g,5 0/00) et à 38° C. environ, mais sous une faible pression, à cause du choc, et m'abstiens d'une toilette complète, tenant au contraire à laisser une certaine quantité de ce liquide salé en contact avec le péritoine, pour combattre les effets de ce choc, — pas de suture en surjets du péritoine pariétal avec celui du pédicule ; long tube, — siphon plongé à demeure au-dessus de ce dernier, jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas.

L'écartement considérable des muscles droits (éventration) et l'absence de ballonnement m'engagent à ne pas faire de suture moyenne enchevillée, qui n'aurait d'utilité du reste qu'après la résection elliptique des bords fibreux et cutané de l'éventration,



desideratum que la gravité particulière de la situation ne me permet pas de combler. J'applique une suture profonde extra-péritonéale (de Kœberlé) et une superficielle avec 9 épingles. Pédicule saupoudré avec iodoforme salolé (3/1).

Le 9 (premier jour), deux cathétérismes vésicaux ont été nécessaires ; par précaution j'insinue facilement au-dessus du pédicule, dans le cul-de-sac vésico-utérin, un deuxième tube siphon ; pouls relévé, 120. Apyrexie ; mais vomissements chloroformiques les deux premiers jours.

Le 12 (quatrième jour), T. = 38°,6 le soir, sans doute reproduction d'un faible épanchement dans la déclivité du bassin, quoiqu'il n'y ait ni douleur à la palpation, ni fluctuation nulle part ; légère tympanite stomacale et bronchite localisée à la base gauche en arrière.

L'opium (0g,10 d'extrait en pilules) pendant cinq jours maintient la constipation qu'on lève facilement, le 14 (sixième jour), avec 9 gr. d'huile de ricin (en capsules). Le serre-nœud est enlevé ; le moignon, sec, mais non mobile. Après deux jours d'apyrexie, le 16 (huitième jour), en même temps que le moignon redevient humide, la température remonte le soir à 38°,8 et se maintient ainsi durant huit jours, malgré des badigeonnages quotidiens avec la solution de chlorure de zinc (1/10). Le 19 (onzième jour), enlèvement des drains laissés (peut-être trop longtemps), à cause du suintement du pédicule. Le 20 (douzième jour) le toucher constate, dans le cul-de-sac vaginal postérieur, une saillie empâtée, irrégulière, indolente et non pulsatile (sulfate de quinine à l'intérieur et ovules vésicaux de glycérine solidifiée à l'iodure de potassium) ; saillie qui, en durcissant les jours suivants, forme deux petits mamelons séparés par un sillon (pelvi-péritonite secondaire). Le 23 (quinzième jour), au risque de détruire quelques adhérences utiles, je réapplique avec prudence le serre-nœud, et bien m'en prit, car deux jours après, la température redescendait à 37° (même le soir), preuve que la sérosité septique du moignon s'insinuait dans le cul-de-sac postérieur et entretenait la fièvre. Le 31 (vingt-troisième jour), chute du serre-nœud sans hémorrhagie ; mais le pédicule continue à végéter par ses bords, qui ont pris des adhérences intimes avec ceux de la paroi. Aussi, pour éviter de nouveaux vomissements chloroformiques, dois-je détacher graduellement ce moignon, un peu à chaque pansement, après l'avoir divisé en deux tronçons que je badigeonne largement et souvent avec la solution forte de chlorure de zinc, et dont le dernier tombe le 11 janvier. — Retour menstruel le 26 ; résolution de l'empâtement rétro-utérin ; santé parfaite ; levée définitivement le 1er février, munie d'une ceinture abdominale convenable.

Ici les effets de la laparotomie n'ont pas été moins évidents que dans les autres cas : l'épanchement ne se reproduisit pas dans la grande cavité ; il ne se forma qu'une légère pelvi-péritonite rétro-utérine secondaire, dans la production de laquelle il est difficile de faire la part exacte revenant à l'inflammation primitive, mais qui fut évidemment entretenue

par la transsudation septique du moignon insuffisamment étranglé, puisque la fièvre disparut rapidement dès le moment où je réappliquai sur lui le serre-nœud. Les avantages de ce dernier sur l'anse élastique, dans ce cas de vitalité extraordinaire du pédicule, sont indiscutables.

Avant de résumer les réflexions dont j'ai fait suivre chaque observation, je crois utile d'attirer l'attention sur certaines particularités présentées par mes malades.

Ainsi, au point de vue anatomo-pathologique, ces quatre faits se complétaient l'un l'autre, c'est-à-dire présentaient les principales formes d'épanchement de la péritonite généralisée : en plus de l'hypérémie du péritoine très marquée dans tous, cet épanchement était séreux, clair, modéré dans l'observation II ; louche, considérable dans les obs. I et IV, et purulent, étendu à presque toute la cavité péritonéale dans la troisième.

La guérison, à en juger d'après les symptômes des observation I, II et IV et les signes anatomiques fournis par l'observation I, se fit dans ces deux dernières, comme elle avait commencé dans la première ; c'est-à-dire par résolution de l'inflammation sur une certaine étendue de la séreuse, notamment de celle des régions supérieures de l'abdomen et par localisation séro-adhésive vers les points déclives, au bord inférieur gauche de l'épiploon (obs. II) et dans le cul-de-sac de Douglas (obs. IV).

La température axillaire n'a pas toujours présenté la signification, le caractère d'utilité qu'à priori on croirait pouvoir lui demander dans des lésions inflammatoires de cette importance.

Ainsi, dans les obs. I et IV, en l'absence de sensibilité abdominale et de vomissements, l'apyrexie, avant l'opération, ne pouvait évidemment révéler l'existence d'une inflammation générale de la séreuse, occasionnée d'une façon insidieuse, dans le premier cas par l'épanchement péritonéal d'une certaine quantité du liquide irritant d'un kyste ovarique, et dans le quatrième, par la présence, par les frottements sans doute d'un fibrome sous-séreux.

De même, malgré la vaste étendue de la suppuration dans l'observation III, la température, prise pendant cinq jours avant la ponction, n'a pas dépassé le soir 39°,3 et le matin 38°,6. Mais après l'opération, le thermomètre m'a été un guide précieux et fidèle dans tous les cas.

Je ferai remarquer la persistance de l'insomnie chez les trois premières opérées ; la terreur extrême pour l'une de rester un instant seule dans sa chambre ; chez une autre, une sérénité éminemment trompeuse, qui est du reste le propre de la septicémie, et un moral excellent chez la dernière.

Je rappellerai encore que certains foyers d'importance secondaire, antérieurs ou postérieurs à l'opération, sont difficiles sinon impossibles à constater, à causé de la sonorité des anses voisines qui les masquent, du manque de netteté de leurs contours èt surtout de leur siège dans des régions inaccessibles à la palpation et au toucher ; tel était le cas de ceux qui occupaient la partie supérieure de l'espace vésico-utérin élargi par le fait de la rétroversion utérine (obs. I et III).

L'opportunité de l'intervention a été évidente ; mais à des degrés différents, dans les quatre cas.

Ainsi des faits nombreux analogues au premier, fournis depuis par la pratique des ovariotomistes (Spencer Wells, Kœberlé, Kaltenbach, Lawson Tait, pour n'en citer que quelques-uns) donnent largement raison à mon intervention, quoiqu'elle n'ait été qu'incidente, dans les observations I et IV.

Tandis que, dans les deux autres, j'ai considéré comme une indication formelle d'intervenir, lorsque j'ai acquis la conviction intime que le traitement médical le plus sagement conduit était devenu impuissant, qu'il y avait menace pour la vie dans l'observation II et danger de mort prochaine dans la troisième ; autrement dit, dans ces deux cas, la laparotomie m'a paru être la dernière ressource.

L'important en général est d'opérer à temps, l'idéal serait de le faire à point ; mais s'il est déjà bien difficile de recon-

naître quand l'indication commence, il l'est encore davantage (dans l'état actuel de la question) d'en fixer la dernière limite.

Cette indication commençait bien, ce me semble, chez la fille Sch. (obs. II); car la péritonite de nature franche avait atteint son paroxysme et, en attendant davantage, je n'avais aucune raison d'espérer une détente des accidents dont nous étions les témoins impuissants, de compter sur un de ces coups de surprise que donnent quelquefois dans la pratique, les maladies infectieuses, l'infection puerpérale en particulier dont les manifestations (péritonite ou autres) s'apaisent dès le moment où l'intoxication a épuisé son action. De plus, c'était un de ces cas où la péritonite n'emprunte pas sa gravité extrême à la purulence et j'ai la conviction que, sans mon intervention, la mort n'eût pas laissé ici à la suppuration le temps de se produire.

Au contraire, l'indication d'opérer existait encore, mais touchait à sa limite chez la malade de l'observation III, lors de ma première visite, et si j'opérai quand même, 46 heures plus tard, c'est qu'à part les deux considérations qui me poussaient à agir, j'espérais, malgré le point le plus noir entre tous (la complication septique des poumons qui n'était encore qu'à l'état de bronchite), j'espérais, dis-je, supprimer la cause principale d'infection par l'évacuation et la détersion du foyer et pouvoir, après l'opération, éviter, par des lavages répétés, de nouvelles poussées d'intoxication septique; mais la production de la pleurésie purulente me fait reconnaître que j'intervins trop tard.

En ce qui concerne le traitement, ma conduite a varié suivant les cas et pour la longueur de l'incision et quant au lavage, à la toilette et au drainage du péritoine.

Dans tous, je pratiquai l'incision médiane. Grande, dépassant l'ombilic, nécessitée telle, dans l'observation I, par l'ablation de deux kystes ovariques multiloculaires dont un très volumineux, elle me permit de faire la toilette aussi complète que possible de toute la surface péritonéale et cela

avec d'autant plus de facilité qu'il n'y avait pas de ballonnement.

Dans l'observation IV, l'importance des adhérences, plutôt que les dimensions elles-mêmes du fibrome, entra en ligne de compte dans la longueur que je donnai à l'incision.

Celle-ci atteignant l'ombilic servit à peine, dans l'observation II, à l'exploration et à la recherche d'une tumeur, cause présumée de la péritonite. Ici la sortie violente et la poussée incessante des anses intestinales, restées libres et énormément distendues, gênèrent considérablement cette exploration et m'engagèrent à ne pas entreprendre la toilette du péritoine. De plus, comme le liquide épanché était très clair et que tous les symptômes présentés jusque-là indiquaient suffisamment qu'il s'agissait d'une inflammation franche, je m'abstins de tout lavage.

Suivant les grands traits de la méthode de M. Bouilly, je ne pratiquai, sur la malade de l'observation III, qu'une incision péritonéale de $0^m,05$ à $0^m,06$ pour abréger la durée de l'anesthésie et de l'opération. Un lavage à grande eau salée eut pour résultat immédiat d'éliminer le pus de la cavité avec la plus grande partie des flocons qu'il tenait en suspension, et, répété à chaque pansement, il compléta cet effet au point que, quatre jours après, la surface du péritoine était assez bien détergée. Elle l'eût été mieux encore si, séance tenante, m'autorisant de la sécurité que me donnait l'immobilité des intestins ratatinés sur eux-mêmes, j'eusse allongé l'incision de quelques centimètres, assez du moins pour me permettre d'introduire la main et, comme le fit M. Raymond (*loc. cit.*), d'enlever avec elle la gelée purulente ou bien, à l'aide d'un tortillon de gaze antiseptique, de nettoyer, d'assécher le mieux possible les parties accessibles de cette vaste cavité. Quant au foyer secondaire, si je l'avais trouvé du vivant, je l'aurais certainement ouvert et lavé, suivant la recommandation de M. Bouilly ; mais j'avoue que ce n'eût pas été sans une certaine appréhension que j'eusse agi à l'aveuglette à travers une aussi petite ouverture et dans un

cas qui n'était plus récent comme les siens; néanmoins, je reconnus à l'autopsie qu'au bout de cinq semaines je n'avais encore affaire qu'à de simples agglutinations intestinales.

Je fis aussi, par précaution, chez la quatrième opérée, un lavage de même nature, mais sans achever la toilette, tenant à laisser une certaine quantité de liquide salé en contact avec le péritoine pour combattre les premiers effets du choc.

Contrairement à l'opinion récente de Trèves (1), qui se dispense généralement de drainer quand le liquide péritonéal est simplement séreux, le drainage m'a paru indispensable dans tous les cas, même dans celui (obs. II) où, par une intervention hâtive, j'ai vu s'échapper de l'incision abdominale de la sérosité parfaitement claire, que séance tenante on n'avait certes pas le loisir d'examiner attentivement au microscope; car je m'attendais, d'après l'observation I, à ce que le liquide pourrait se reproduire.

J'ajoute que le drainage doit être établi d'emblée, sans remise; comme preuve j'en fournis l'observation I dans laquelle je regrette de n'avoir pas suivi ma première inspiration, d'autant plus qu'à ce moment je ne connaissais pas l'article, déjà paru depuis trois ans, de M. L Labbé (2) sur la *valeur du drainage préventif péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie.*

Je comptais encore pouvoir y remédier plus tard, si le liquide venait à se reproduire d'une façon appréciable. Plusieurs signes en faveur de cette production me la firent soupçonner, mais, malgré les plus minutieuses recherches, il me fut impossible de constater pendant la vie les trois petits foyers pelviens qui n'auraient pu être atteints que par la réouverture de l'angle inférieur de l'incision et en insinuant l'index entre le pubis et les anses agglutinées; car, ici, la stagnation du peu de liquide reproduit n'avait pas abouti au

---

(1) 1894. *Soc. de méd. de Londres* (séance du 26 février). *Sem. méd.*, p. 112, nº 14.

(2) 1880. *Gazette hebdom. de méd.*, p. 788, nº 49.

fond du cul-de-sac de Douglas (occupé par la matrice rétroversée), mais à l'espace vésico-utérin, à la fois au bord inférieur de l'épiploon et aux deux pédicules, sortes de drains borgnes, c'est-à-dire sans aboutissants à l'extérieur.

Dans les observations II et IV, je me suis bien trouvé, comme M. L. Labbé (*loc. cit.*), de l'introduction à demeure dans le cul-de-sac de Douglas, d'un gros tube de caoutchouc, long et non fenêtré qui agit comme siphon et remonta graduellement, par glissement, sous la pression intra-péritonéale, avant son enlèvement définitif. Dans la quatrième, je crus prudent d'insinuer le lendemain de l'opération un second tube-siphon, au-dessous du pédicule dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Je ne reviens pas sur l'utilité des deux drains dans l'observation III.

Enfin je me crois autorisé à conclure que la laparotomie, chez mes quatre malades, loin d'avoir aggravé la péritonite (ce qui du reste n'est plus aujourd'hui à démontrer), en a au contraire enrayé la marche de la façon la plus évidente et la plus heureuse dans les observations II et IV et l'a atténuée dans les observations I et III, malgré l'absence de drainage dans l'une et l'intervention trop tardive dans l'autre; et encore, dans ces deux derniers cas, la durée de la survie fut-elle inversement proportionnelle au degré d'extension de la septicémie.

Ces résultats prouvent, en un mot, que dans la péritonite généralisée (comme cela du reste est parfaitement établi pour toutes les maladies chirurgicales de l'abdomen, telles que kystes ovariques, hernies étranglées, etc.), plus on opérera de bonne heure plus on aura de succès.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'EXPLORATION EXTERNE EN OBSTÉTRIQUE. SON IMPORTANCE DANS LA PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE

Par le Dr **R. Labusquière.**

Frappés de voir, malgré l'introduction de l'antisepsie dans les accouchements, des accidents puerpéraux, même de la nature la plus grave, survenir encore trop fréquemment, surtout dans la pratique particulière des sages-femmes et des médecins, des accoucheurs ont recherché, dans une autre voie, un moyen capable de mettre sinon fin à ces accidents, du moins de les réduire à un taux minimum. Or, ces accidents ayant, pour de beaucoup le plus grand nombre, une origine extérieure, il s'agissait d'empêcher le transport du dehors dans les organes génitaux de l'accouchée des germes pathogènes, et, puisqu'une seule faute d'antisepsie ou d'asepsie rendait ce transport possible, de le rendre impossible au prix d'une méthode plus radicale. C'est dans ce sens, qu'après avoir été fort enthousiaste des lavages, injections, nettoyages du vagin, employés au début d'une manière à peu près systématique par la majeure part des accoucheurs, on est arrivé, peu à peu, à en limiter graduellement l'emploi, et même à le supprimer totalement dans certains services. Mais, déjà, on avait songé à quelque chose de plus efficace que cette restriction de l'antisepsie. Ainsi, à l'occasion d'épidémies puerpérales, Litzmann et Halbertsma avaient conseillé de *s'abstenir absolument de toute exploration interne*. Toutefois, d'après Léopold, c'est Credé qui, le premier, a insisté, dans un but très net, très voulu, sur la grande utilité qu'il y aurait à restreindre le plus possible les examens internes pour développer aux maximum l'appli-

cation de l'exploration externe (1). « Même la manœuvre la plus insignifiante, enseignait Credé, le simple toucher explorateur des parties génitales internes peut blesser. Aussi, doit-on mettre bien en relief et enseigner ce précepte: *Il faut proscrire, ou tout au moins réduire au minimum les explorations internes chez les parturientes.* Dans les maternités, les services d'accouchements, il ne faut pas qu'on utilise les parturientes pour apprendre aux étudiants et aux élèves sages-femmes l'examen interne ; seules, des personnes, instruites et exercées, devraient être autorisées à faire les examens internes nécessaires.

On peut très bien suppléer à cette réduction, à cette suppression même de l'exploration interne, par l'exploration externe. *Il y a, actuellement et pour l'avenir, urgence à enseigner et à appliquer, de la façon la plus large, cette méthode de l'exploration externe dans les services d'enseignement.*

Depuis, ma conviction n'a fait que s'affirmer de plus en plus que l'exploration interne, jusqu'en ces derniers temps, presque exclusivement employée et placée, dans les traités d'obstétrique les plus récents, au premier rang, peut être, au contraire, abandonnée dans les cas faciles, ou extrêmement réduite dans ces applications (2) ».

Depuis, Credé, Hegar, Ahlfeld, Müller, Werth, etc., ont à nouveau insisté sur l'importance qu'il y a à étudier, autant que possible, l'exploration externe, et à lui faire donner tous les renseignements que, complètement utilisée, elle peut fournir (3).

Dans un mémoire fort intéressant, publié en 1890, où ils exposaient, en se basant sur des séries successives et très importantes d'accouchements observés, des années durant, à la clinique de Dresde, l'évolution qu'y avait subie la mé-

---

(1) *Rathschläge f. Aerzte u. Geburtshelfer zur Werhütung u. Behandlung der Erkrankungen der Wöchnerinnen.* Leipzig, 1886.

(2) CREDÉ. Gesunde u. kranke Wöcherinnen, 1886 ; LÉOPOLD et SPORLING. Die Leitung d. regelmassigen Geburten nur durch äuss. Untersuchung. *Arch. f. Gyn.*, 1893, Bd. XLV, Hft. II, p. 337.

(3) LÉOPOLD et SPORLING. *Ibid.*, p. 340 et *seq.*

thode antiseptique qui, peu à peu, avait fini par se réduire, pour le grand bien des femmes, à une antisepsie, toujours très rigoureuse, mais ne dépassant pas les organes génitaux externes, le professeur Léopold et son assistant d'alors, Pantzer, avaient insisté, d'une manière toute particulière, sur ce nouveau moyen de prévenir l'infection des voies génitales de la femme enceinte et de la parturiente. Voici, résumée, leur opinion d'alors à ce sujet : « Il est un autre moyen de prévenir l'infection ; il dérive de la conviction qu'il convient de restreindre dans une certaine mesure, et même le plus possible, l'examen interne des parturientes. Sans doute, dans les maisons d'enseignement, on ne peut se soustraire à l'obligation de permettre à l'étudiant de s'instruire complètement sur toutes les phases et détails de l'accouchement (irrégularités dans les voies molles ou osseuses de la parturition, dilatation, action des douleurs, de la poche des eaux, etc.). Mais, d'un autre côté, il faut s'efforcer de bien convaincre étudiants et élèves sages-femmes que, dans leur clientèle, *ils ne devront absolument faire des examens internes que quand la sécurité de la mère et de l'enfant en imposeront l'emploi. Toutefois, qu'on ne nous prête pas l'intention de supprimer complètement l'exploration interne.* Ce qu'il faut, c'est mettre bien en relief les dangers qu'elle comporte ; ne plus l'enseigner comme par le passé, sinon comme la seule, du moins comme la méthode d'investigation de beaucoup la plus importante ; ne pas lui accorder une supériorité marquée sur l'exploration externe et même, pour la plupart des cas, la reléguer bien au-dessous de celle-ci » (1).

« Des conférences spéciales sont faites aux médecins assistants, qui viennent chercher à la clinique de Dresde un complément d'instruction, aussi bien qu'aux élèves sages-femmes. Ces leçons sont exclusivement consacrées à l'étude

(1) Léopold et Pantzer. Die Beschränkung der inneren u. der grösstmogl. Verwerth. d. äuss. Untersuch. in d. Geburtshülfe. *Arch. f. Gyn.* Bd. XXXVIII, Hft. 2, p. 330.

de l'exploration externe avec laquelle, seule, les élèves doivent arriver à établir le diagnostic. Répartis, par groupes, autour de chaque parturiente, ils ont pour tâche de déterminer sans consulter la feuille d'observation ni interroger la femme, par l'exploration externe : 1° l'attitude de l'enfant (présentation longitudinale ou transversale) ; 2° la situation de la tête, du siège, du dos et des petites parties ; 3° le foyer des doubles battements fœtaux, les souffles divers ; 4° la situation de la tête par rapport au bassin (au-dessus, fixée au détroit supérieur, ou déjà profondément dans l'excavation) ; 5° le volume de la tête (est-elle grosse, petite ?) ; 6° l'âge de la grossesse ; 7° enfin, suivant l'attitude de la tête au niveau du détroit supérieur, résoudre, avec un certain degré de certitude, si l'on se trouve en présence d'un bassin rétréci.

« Suivant la même méthode, on apprend à déterminer, *chez la parturiente*, si la tête est déjà située profondément, si on peut à peine l'atteindre par l'exploration externe ; à distinguer le sommet du siège. On arrive encore, chez les primipares, quand la tête est élevée et mobile, à dépister une sténose pelvienne et, dans certains cas de bassin plat, modérément rétréci, la tête étant au détroit supérieur, à prévoir si l'enfant pourra être expulsé par les seules forces de la nature.

« Il va de soi que l'exploration externe permet de reconnaître aussi les positions obliques, inclinées ; le point de départ des ligaments, leur distension dans les bassins rétrécis ; la distension exagérée de l'utérus ; le siège du délivre. Mais, il faut encore plus d'expérience pour diagnostiquer, par exemple, une présentation du pariétal postérieur ; le prolapsus d'un bras, bien que le diagnostic de ces anomalies soit encore du ressort de l'exploration externe » (1).

Dans ce travail, les auteurs décrivent la technique de l'exploration externe à la clinique de Dresde, description qui est reproduite dans un travail plus récent, second plaidoyer en

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XXXVIII, Hft. 2, p. 352 et *seq.*

faveur de la méthode préconisée par Léopold et Spörlin (1). Nous la reproduisons ici afin de permettre de la comparer avec la technique suivie en France pour cette même exploration externe, technique qui nous paraît devoir être difficilement surpassée et dont on trouve tous les détails si complètement et si nettement présentés dans le travail si remarquable du professeur Pinard, lequel a le plus contribué à vulgariser chez nous un procédé d'investigation qui, en particulier, lui a suffi pour *affirmer* devant ses élèves, l'existence de la grossesse tri-gémellaire, et dont il a dit : « sans vouloir en aucune façon atténuer les résultats si précis qu'on obtient à l'aide du toucher vaginal et de l'auscultation appliqués au diagnostic de la grossesse, je pense que l'exploration externe, pouvant bien souvent aussi rendre de grands services, doit être décrite avec plus de détails qu'on ne l'a fait jusqu'ici dans nos meilleurs traités classiques ». (2).

*
* *

TECHNIQUE SUIVIE A LA CLINIQUE DE DRESDE. — Elle comprend, en quelque sorte, quatre temps ou manœuvres.

Premier temps.— Les deux mains étant rapprochées et les extrémités des doigts se touchant, l'accoucheur les applique par leur face palmaire, transversalement sur la paroi abdominale de la femme. Puis, il les glisse doucement et bien également sur la matrice gravide jusqu'au niveau du fond de l'organe dont il détermine la situation par rapport à l'ombilic et au creux épigastrique. A l'aide de cette manœuvre, il reconnaît, simultanément, si la présentation est longitudinale ou transversale, si le siège ou la tête est située dans la portion supérieure de l'utérus, et il apprécie le volume de la tête fœtale, l'âge de la grossesse.

Deuxième temps. — Les deux mains complètement étendues, et les doigts tenus rapprochés, sont dirigés du creux épigastrique vers les portions latérales du ventre, placées à

(1) *Arch. f. Gyn*, Bd. XLV, Hft. 2, p. 336

(2) PINARD. *Traité du palper abdominal.* Paris, 1889, p. 116.

plat et longitudinalement sur les côtés de l'utérus. Sous l'une des mains, on sent la plupart du temps les petites parties et, sous l'autre, le grand, le long cylindre qui correspond au dos. Dans cette manœuvre, on réussit plus facilement à reconnaître le dos du fœtus si l'on a soin d'appliquer une main à plat, sur la ligne médiane et de déprimer doucement la matrice en arrière. De cette façon, on chasse le liquide amniotique vers un côté de l'utérus, tandis que le dos du fœtus se trouve plus rapproché du côté opposé et, de ce fait, devient plus accessible à l'autre main.

Troisième temps. — Dans cette manœuvre, qu'on se serve de la main droite ou de la main gauche, on commence par écarter autant que possible le pouce des autres doigts, lesquels sont au contraire maintenus les uns contre les autres, et on saisit entre le pouce et l'index la partie fœtale qui se présente. Cette partie fœtale est-elle *dure* et *ronde*, ce ne peut être que la tête qui, lorsqu'elle n'est pas engagée, fait l'effet d'une sphère dure, à laquelle on peut imprimer certains mouvements de va-et-vient. La partie fœtale est-elle plus *molle* et plus *irrégulière*, il s'agit du siège. Quand, l'enfant étant vivant, on sent que la partie qui se présente est comme notablement épaissie,peu nette et plus molle que d'habitude, il faut soupçonner que l'arrière-faix est inséré sur le segment inférieur de l'utérus. Quand on ne rencontre pas au niveau de l'aire du détroit supérieur de partie fœtale, on va à la recherche de la tête dans la région latérale de l'utérus. Et on y réussit, en général, si, avec les doigts d'une main, on imprime de légers chocs sur la matrice. La tête exécute alors de courts déplacements, comme saccadés (ballottement).

Cette manœuvre est d'une grande importance toutes les fois que la partie fœtale qui se présente, tête ou siège, est encore au détroit supérieur ou au-dessus. Mais quand, au cours du travail, la tête est déjà vers le milieu de l'excavation ou au détroit inférieur, c'est à la quatrième manœuvre qu'il faut recourir.

Quatrième temps. — Dans les trois autres temps, l'ac-

coucheur est tourné vers la tête de la femme ; dans celui-ci, il lui tourne le dos. Au niveau des flancs, l'accoucheur enfonce les extrémités des doigts des deux mains, lentement et doucement, sur les parties latérales du bassin. La tête fœtale étant profondément engagée, il sent qu'une partie fœtale, dure, ronde, occupe pleinement le bassin, et distingue nettement d'un côté le front, plus saillant, du cou plus plat et situé du côté opposé.

*
* *

Les avantages de cette méthode d'exploration se dessinent encore plus nettement pendant le travail.

Ce qui importe dans tout accouchement, ce n'est pas seulement la connaissance de la position de la partie qui se présente, mais, avant tout la notion nette de sa progression graduelle à travers le canal pelvien. C'est ici que l'exploration externe doit s'affirmer et fournir des résultats complets et sûrs, pour qu'on soit autorisé à se dispenser de l'exploration interne. A ce point de vue, les manœuvres 1 et 2 fournissent d'abord des notions sur le volume de l'enfant, sur son attitude (longitudinale ou transversale), sur la situation du dos, le foyer des bruits du cœur. Ces notions acquises, les manœuvres 3 et 4 servent à observer la partie qui se présente *pendant le travail*.

Pour cela, il faut choisir comme points de repère des parties facilement reconnaissables : *occiput* et *front*. L'occiput, en général, plus aplati, moins dur, et surtout moins saillant ; le front, au contraire, constituant une tubérosité nettement appréciable, de plus de relief que l'occiput et plus dure. Avec l'usage, on arrive à distinguer, *sûrement*, l'une de l'autre ces deux régions du fœtus Mais, il importe de ne pas négliger certaines conditions favorables au succès de l'exploration.

D'abord, la femme qu'on va examiner doit être bien régulièrement couchée, exactement sur le dos, le tronc et les

membres en droite ligne, et la tête pas trop élevée. Il faut aussi par quelques questions essayer de détourner l'attention de la femme pour éviter toute contraction musculaire, involontaire.

Dans la troisième manœuvre, on place le pouce et le médius de la main droite immédiatement au-dessus de la symphyse, de chaque côté, à égale distance de la ligne médiane, et exactement à la même hauteur, puis on les enfonce lentement et parallèlement au détroit supérieur. Ce n'est qu'après qu'ils ont pénétré assez profondément pour que la paume de la main soit au contact de la paroi abdominale, qu'on rapproche régulièrement les doigts, tenus jusqu'alors aussi écartés que possible, et qu'on constate de quel côté on arrive plus tôt sur une saillie, ou qu'on détermine de deux saillies constatées laquelle est la plus élevée et la plus dure.

Dans la quatrième manœuvre, l'accoucheur, placé à côté de la femme et lui tournant le dos, se sert de ses deux mains de la manière suivante : les doigts (à l'exception du pouce) sont étendus ou légèrement fléchis et rapprochés. Les extrémités des quatre doigts sont placées à égale distance de la ligne médiane, à la même hauteur, le plus loin possible sur les côtés, et immédiatement au-dessus du détroit supérieur. Puis, on enfonce lentement et régulièrement les deux mains, parallèlement aux parois du grand bassin, jusqu'à ce qu'on y rencontre la tête fœtale.

Le plus souvent, on arrive ainsi, d'un côté, sur une saillie, une protubérance, tandis que de l'autre côté la main peut pénétrer plus profondément (1). Quand la partie fœtale est très engagée, on peut enfoncer l'une et l'autre main alternativement. Souvent, on arrive ainsi à distinguer, très nettement, l'occiput et le front.

(1) La manœuvre étant un peu douloureuse pour quelques femmes sensibles, il faut la pratiquer avec beaucoup de douceur et de lenteur. Souvent, quand les parois abdominales sont particulièrement résistantes, on peut augmenter le relâchement des muscles abdominaux en faisant fléchir légèrement les jambes.

Quand, par défaut d'expérience, on n'a pas réussi à faire le diagnostic, il faut remonter les mains, d'abord l'une puis l'autre. Alors, le fœtus étant dans son attitude habituelle, on constate que la saillie de l'occiput diminue progressivement de dureté, bien qu'on trouve toujours une résistance nette. On arrive ainsi sur le cou de l'enfant. Du côté du front, on constate que la saillie qu'il forme est plus élevée et, surtout, que cette saillie dure finit tout d'un coup, etc. Avec les manœuvres 3 et 4 on peut, la plupart du temps, déterminer exactement la position de la tête. Si, d'un côté, on a reconnu la saillie du front plus élevée, et, de l'autre, la saillie occipitale plus engagée; si, de plus, cette saillie occipitale est en avant, il est clair qu'il s'agit de la présentation la plus commune du sommet (O.I.G.A.).

Dans les cas de présentation du sinciput (Vorderhauptlage), front et occiput sont au même niveau, parfois même c'est l'occiput qui est le plus élevé.

Plus le menton s'éloigne de la poitrine, plus les conditions s'écartent de l'état normal, et cet écart est le plus marqué dans les présentations de la face. Dans ce cas, du côté de l'occiput, on trouve une partie remarquablement grosse et dure : l'occiput. Par contre, du côté du sinciput, on peut pénétrer profondément dans le bassin, sans rencontrer une saillie qui rappelle celle du front. *Celui qui, en pareil cas, songe à la possibilité d'une présentation de la face, peut faire, facilement, le diagnostic exact.* Les autres caractères de la présentation sont très typiques. On ne sent le dos, en général, que vaguement et loin en arrière; en raison de la coudure, de l'inflexion (sillon) du cou, le dos se cambre fortement en dedans et s'incurve de plus en plus en arrière, au cours du travail. D'autre part, les petites parties deviennent de plus en plus accessibles, elles semblent être directement sous la paroi abdominale; enfin, les doubles battements fœtaux s'entendent on ne peut plus nettement.

Tels sont les principaux points de la méthode, mais elle permettrait encore de reconnaître : la présentation du

pariétal postérieur, de déterminer dans quel plan du bassin se trouve la tête, d'apprécier les progrès de la rotation, de conclure souvent, de l'attitude de la tête, déjà pendant la grossesse chez les primipares, au cours du travail chez les multipares, à un rétrécissement du bassin (1).

En résumé, l'exploration externe, à condition de lui faire donner tout ce que son étude soigneuse jointe à une certaine expérience, acquise, semblerait-t-il, assez rapidement, permet de lui demander, suffirait pour la direction du plus grand nombre des accouchements. Son avantage capital serait, en réduisant *au minimum* les examens internes, de supprimer l'origine la plus fréquente des accidents puerpéraux, c'est-à-dire le transport dans les organes génitaux de germes morbigènes et les lésions, les effractions plus ou moins nombreuses de la muqueuse des organes génitaux produites au cours des examens internes, lésions de nature à favoriser l'infection aussi bien d'origine endogène qu'exogène. Toutefois, l'exploration interne resterait nécessaire dans tous les accouchements irréguliers. Elle s'imposerait, par exemple, chaque fois qu'elle est susceptible de fournir des notions sur des conditions qui échappent plus ou moins complètement à l'exploration externe, et dont la connaissance importe pour une juste appréciation de la direction et du traitement de l'accouchement dont on a la responsabilité (2).

***

Le professeur Léopold et Orb ont traité à nouveau le même sujet, dans un travail récent (3) : *De la direction des*

---

(1) Dans les bassins généralement rétrécis, l'engagement profond de l'occiput serait caractéristique. Dans les bassins essentiellement plats, au contraire, occiput et sinciput seraient au même niveau ; ce dernier même serait souvent plus bas.

(2) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLV, Hft. 2, p. 365.

(3) Dans le travail précédent, Léopold et Spörlin donnent une statistique intéressante, dans laquelle ils mentionnent les erreurs de diagnostic auxquelles

accouchements normaux par l'exploration externe. Les auteurs présentent dans ce travail deux tableaux statistiques : le premier, dressé après analyse critique de 1,693 accouchements observés à la clinique de Dresde du 1er juillet 1893 au 30 juin 1894 ; le second, de 110 accouchements observés du 1er janvier 1895 au 17 février 1895. Les cas sont répartis en 6 groupes : 1° *femmes reçues accouchées ;* 2° *avortements ou accouchements prématurés avant le huitième mois* (cas dans lesquels l'exploration externe n'avait pu être jugée) ; 3° *accouchements ayant nécessité une opération ;* 4° *accouchements terminés sans intervention, mais au cours desquels l'exploration interne s'est trouvée indiquée ;* 5° *cas où l'on n'a procédé à des examens internes que pour raisons d'instruction ;* 6° *cas dans lesquels on n'a pas fait d'examens internes.*

De l'examen critique des cas terminés sans opération, découlent les constatations suivantes :

a) *De ceux qui ont servi pour le premier tableau, 57,57 p. 100 ont été suivis sans examens internes, mais, 90,25*

---

l'exploration externe a donné lieu. Sur un total de 1,000 accouchements, on constata 65 erreurs de diagnostic se répartissant comme suit :

Présentations	de l'occiput	971	Erreurs	de diagnostics	54
—	du sinciput	6	—	—	2
—	du siège	12	—	—	2
—	de la face	6	—	—	6
Accouchement gémellaire		4	—	—	1

On voit combien l'erreur a été constante avec les présentations de la face. Cette même erreur, nous l'avons vu commettre aussi plusieurs fois, surtout par les élèves trop novices ou *trop pressés.* Ainsi que le dit, ailleurs, Léopold, le diagnostic est bien près d'être exactement fait dès qu'on songe à la possibilité de cette présentation. Il en va de même que dans la grossesse gémellaire. Il faut y penser ! Explorer avec soin et rechercher, patiemment, les caractères propres à l'occiput, *le sillon du cou,* parfois très accusé entre la bosse occipitale et le dos, etc. « le signe pathognomonique de cette présentation, obtenu par le palper, est constitué par *la présence du même côté, et de la portion accessible de l'extrémité céphalique et du dos.* (PINARD. *Traité du palper abdominal.* Paris, 1889, p. 170.)

p. 100 auraient pu être surveillés avec l'exploration externe employée seule ; b) *de ceux terminés également sans opération, et ayant servi pour le deuxième tableau, 87,50 p. 100 ont été surveillés sans examen vaginal, mais 90,62 p. 100 (chiffre presque identique au précédent) auraient pu également être terminés avec la seule exploration externe* (1).

Quant aux indications de l'exploration interne, les auteurs les répartissent, en les résumant, en trois groupes : 1° Troubles de l'état général, en tant qu'ils retentissent d'une manière importante sur l'accouchement (éclampsie, etc.) ; 2° irrégularités en rapport avec les parties maternelles qui concourent au travail de l'accouchement (parties molles et osseuses du canal de la parturition anomalies; des contractions; hémorrhagies ; longueur, durée de la période de dilatation ou d'expulsion, etc.) ; 3° irrégularités provenant de l'enfant ou des autres parties de l'œuf (situation élevée de la tête fœtale, présentation transversale, présentation irrégulière ; ralentissement des doubles battements fœtaux ; rupture prématurée des membranes; prolapsus des parties fœtales, etc.).

« Ce sont les présentations du sommet qui, dans la direction de l'accouchement, prêtent à l'application la plus large de l'exploration externe. Présentations du sommet, dans lesquelles, sans rupture prématurée des membranes, la tête fœtale, dès le début des douleurs, se trouve fixée au détroit supérieur ou, tout au moins, avec l'apparition de douleurs plus énergiques, se présente en bonne posture dans ce détroit.

« L'enseignement aux élèves sages-femmes ne fait que confirmer les résultats de notre observation antérieure, à savoir que l'emploi systématique des quatre manœuvres et la recherche des divers éléments nécessaires à l'édification d'un bon diagnostic, permettent, à bref délai, aux élèves de se faire un bon jugement sur la présentation et l'attitude du fœtus, et de suivre les progrès du travail aussi bien qu'elles le pourraient à l'aide des examens internes. Enfin, les médecins assistants, externes, qui viennent dans cette clinique pour compléter leur éducation obstétricale, recon-

naissent, sans réserve, l'importance de l'application systématique de l'exploration externe » (1).

« *L'avantage considérable, essentiel de la méthode, qui est la prophylaxie efficace de l'infection, est hors de conteste.* »

*
* *

En France, on peut affirmer que l'exploration externe est enseignée et pratiquée, depuis déjà un certain nombre d'années, avec beaucoup de soins. Il suffit de lire le traité du palper du professeur Pinard pour voir combien il a réussi, en se servant des notions et des progrès réalisés avant lui dans cette méthode d'investigation, progrès dont il retrace un historique documenté, et en y ajoutant les résultats de recherches patientes, poursuivies durant des années, par conséquent d'une expérience personnelle considérable, à en tracer, avec la plus grande netteté, après avoir pris comme base la notion des phénomènes d'accommodation, les règles fondamentales. Mais il signale aussi, à chaque instant, les finesses, les détails de technique qui permettent d'édifier sûrement le diagnostic, quand il est justiciable de cette méthode, d'éviter les erreurs dues à des sensations insuffisamment analysées, à des conclusions diagnostiques trop rapides, et de reconnaître, par l'insuffisance des renseignements obtenus, que la nécessité d'un contrôle par les autres procédés d'exploration s'impose (auscultation, toucher vaginal). Le professeur a également décrit, aussi succinctement que clairement, les applications du palper pendant la grossesse, le travail, et même la délivrance normale et anormale : au diagnostic des présentations du sommet, de la face, du siège, du tronc, des grossesses multiples, des grossesses compliquées d'hydramnios, de l'hydrocéphalie, et à la direction de la délivrance normale et anormale. Enfin, il a consacré un chapitre à ce mode, si utile, de l'exploration externe, le *palper mensurateur*, qui,

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1892, B. XLIX, Hft. 2, p. 316.

pratiqué par une main expérimentée, fournit des renseignements précieux sur les dimensions réciproques de la tête fœtale et du bassin, et des indications de haute importance sur la conduite à tenir.

Mais, malgré cette utilisation méthodique et si complète de l'exploration interne, on ne trouve pas, dans la monographie du professeur Pinard, non plus que dans les traités français d'obstétrique, la tendance des auteurs précédents à se passer aussi souvent des renseignements si précis fournis, surtout pendant le travail, par l'exploration interne. Il nous semble d'ailleurs, que cette direction du plus grand nombre des accouchements par la seule exploration externe est à la rigueur possible dans les maternités et les maisons d'accouchements, où, tout en soumettant la parturiente à une surveillance soigneuse, on peut, à la rigueur, attendre plus ou moins la période d'expulsion sans faire d'examens internes. (Encore là, est-elle moins utile parce que l'exploration interne, surveillée, est entourée de précautions antiseptiques rigoureuses.)

Mais, dans la clientèle privée, vous êtes par exemple, depuis un certain temps, auprès d'une parturiente, l'exploration externe vous a parfaitement assuré que la présentation est bonne, que la partie fœtale a progressé, tout paraît marcher bien. Mais, aux questions réitérées qu'on vous pose : *Cela va-t-il bientôt finir ?* Comment répondre sans aller vérifier le degré de la dilatation ? Et l'accoucheur va-t-il rester là, indéfiniment, parce qu'il ne relève pas à vrai dire, d'anomalie réelle, jusqu'à ce qu'il plaise à la bonne nature d'en finir ? Combien de fois n'a-t-on pas assisté au tableau suivant : la présentation est bonne, cela est sûr de par l'exploration externe ; le travail paraît marcher très régulièrement ; on a, dans un premier examen interne, constaté un début de dilatation. Pour ne pas répéter ce genre d'examens trop souvent, on attend une heure, deux heures, et on examine de nouveau avec l'espoir légitimé par l'activité, apparente au moins du travail, de trouver une dilatation avancée. Et l'on trouve

à peu près la dilatation qui existait deux heures auparavant! Pourtant, il n'existe en réalité rien d'inquiétant : l'état de la mère est resté très bon, les bruits du cœur fœtal sont normaux ; seule, malgré la présentation favorable, la dilatation se fait lentement, très lentement. On sait qu'il n'y a pas d'intervention indiquée, mais que les choses vont traîner en longueur, et on ne le sait qu'après s'être assuré de la marche de la dilatation. Cette constatation n'a-t-elle pas sa grande utilité pour l'accoucheur, pour le praticien? En d'autres cas, la dilatation a suffisamment marché, la partie fœtale est profondément engagée, mais l'accouchement se prolonge, et cela, uniquement par suite de la résistance des membranes? On examine, et, grâce à l'examen interne, on peut immédiatement juger de la meilleure conduite à suivre. On rompt les membranes, le travail s'accélère et se termine, de beaucoup plus rapidement, grâce à l'intervention déduite du résultat fourni par cet examen.

Dans certains cas, rares il est vrai, et sur lesquels le professeur Pinard a particulièrement insisté, le siège, dans les occipito-postérieures, peut donner une sensation de ballottement. Et, à moins de beaucoup d'attention et d'une expérience sérieuse du palper, on fait le diagnostic de présentation de l'extrémité pelvienne. Le travail marche, le palper devient plus difficile, et, par suite, les conditions sont défavorables, pour corriger le diagnostic premier.

Comme on ne constate rien d'anormal, on rassure, avec beaucoup de confiance parturiente et entourage : « *Tout va à souhait, la présentation est bonne, l'enfant se présente par la tête*, etc., etc. » Et, c'est le siège qui se montre!

Simple blessure d'amour-propre, dira-t-on! Mais aussi, atteinte à la confiance si nécessaire dans la pratique médicale et, ceci, malgré toute la philosophie, ne peut être absolument indifférent! Le toucher vaginal, fait à propos, aurait du moins permis de préparer un peu tout le monde et soi-même, à cette terminaison inattendue! Que celui, même assez expérimenté, qui n'a pas eu, à son heure, une de

ces surprises de diagnostic, nous jette la première pierre!

Indépendamment de ces contre-temps, restent encore des objections déjà faites : comment s'apercevoir à temps du prolapsus du cordon, d'un membre, d'une présentation de la face, qu'à moins d'avoir le palper bien en main, on confond assez facilement, si l'on en juge d'après la statistique empruntée à Léopold, avec une présentation du sommet.

Enfin, si l'on arrive à faire donner à l'exploration externe tout ce qu'elle peut donner, comment pourra-t-on se montrer aussi exigeant, quand elle deviendra particulièrement nécessaire, vis-à-vis de l'exploration interne; si on ne se familiarise pas davantage avec elle. *Le doigt s'allonge par l'expérience*, disait le professeur Pajot, soulignant surtout par là la nécessité d'une instruction patiente et prolongée. Le plus sûr moyen que l'exploration interne nous mette à même, le cas échéant, de dépister les anomalies, n'est-il pas que nous la possédions si bien que nous puissions, dans la plupart des cas, reconnaître, sûrement grâce à elle, l'existence des conditions normales et, dans les cas irréguliers, de conclure de l'absence de ces conditions et par comparaison, à une anomalie que cette méthode d'exploration, bien en main, nous permettra de préciser.

*
* *

Au résumé, nous pensons qu'on ne saurait trop apprendre aux étudiants et aux élèves sages-femmes la technique de l'exploration externe, y compris le palper mensurateur. Et nous croyons devoir affirmer qu'il est bien difficile de la pratiquer avec plus de méthode, avec plus de succès qu'on la pratique ici. Comme le professeur Léopold, nous avons vu les élèves attentionnés et studieux, acquérir bien vite assez d'expérience dans cette méthode d'investigation pour faire, *dans la plupart des cas, pendant la grossesse*, un diagnostic exact! Mais, nous ne croyons pas qu'on puisse arriver à faire de tous et même du plus grand nombre, des artistes assez

délicats en la matière pour qu'ils puissent se passer, dans la plupart des cas, des *examens internes — employés cependant, comme on le recommande ici, avec beaucoup, beaucoup de réserve* — comme moyen de contrôle et comme moyen de recherches, surtout durant l'accouchement. Certes, nous ne voulons pas méconnaître qu'il y a quelque chose de très fondé dans cette idée directrice de Léopold et de tous ceux qui veulent, en réduisant à quelques cas irréguliers l'intervention de l'exploration interne, *supprimer l'origine de beaucoup la plus fréquente de l'infection.* Mais nous pensons que, malgré la nécessité peut-être de connaissances générales plus étendues pour l'intelligence claire des *desiderata* d'une antisepsie rigoureuse, on peut arriver aussi bien à obtenir des mains suffisamment aseptiques pour faire, au cours de l'accouchement, un ou deux examens internes inoffensifs, que des doigts tellement délicats (nous parlons ici de la majorité des praticiens, étudiants et sages-femmes) qu'ils puissent fournir sur les progrès du travail, sur ses différentes phases, des notions assez précises pour pouvoir, en toute confiance, se rassurer soi-même, rassurer l'entourage et quitter, à certains moments, sa cliente, sous peine d'attendre patiemment des heures et des heures la terminaison de l'accouchement. Les élèves doués d'assez d'attention et de bonne volonté pour devenir des virtuoses aussi accomplis dans l'art du palper comprendront aussi facilement, pensons-nous, à condition de leur consacrer assez de temps pour leur en faire saisir le sens et les conséquences, la nécessité d'une propreté rigoureuse.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 11 juillet 1895.

Schwab présente des pièces ayant trait à une **tumeur congénitale observée chez un nouveau-né.**

Cette tumeur siégeait au niveau de la colonne rachidienne lombaire et pénétrait jusque dans le canal rachidien. Elle était formée d'une masse du volume d'une mandarine, de consistance molle, recouverte d'une enveloppe extérieure ayant tous les caractères microscopiques d'une muqueuse intestinale fongueuse. A la base de la tumeur, existaient de petits kystes qui se tendaient pendant les cris de l'enfant. Le petit malade fut opéré par M. Périer, mais mourut au bout de 48 heures.

Il s'agit, en somme, dans ce cas, d'une tumeur congénitale ayant pour siège la région lombaire et qui, d'après l'examen microscopique, rentre dans le cadre des *tératomes*. Cette tumeur, par son développement, s'est opposée à l'occlusion du canal rachidien en arrière, et a produit ainsi une sorte de spina-bifida secondaire.

Bureau. **Accouchement d'une morphinomane, preuve chimique du passage de la morphine à travers le placenta.** — Il s'agit d'une femme qui, morphinomane depuis sept ans environ, en était arrivée à prendre 1 gramme de morphine par jour. Devenue enceinte pour la quatrième fois, elle acoucha spontanément d'un enfant porteur d'un pied bot. Au moment de la section du cordon, l'auteur recueillit le sang des vaisseaux ombilicaux et du placenta.

L'analyse chimique démontra la présence de la morphine dans ce sang.

Narich (de Smyrne). **Danger de l'emploi du lacs dans l'extraction du siège.** — L'introduction du lacs avec la main constitue une manœuvre de tâtonnement. Les difficultés de passer le lacs sont parfois telles qu'il faut se servir d'instruments spéciaux dits porte-lacs. Dans l'intervalle des tractions, le lacs usuel, faisant

corde au fond de la rigole de l'aine, opère la strangulation des tissus, ce qui contribue à produire des lésions par arrêt de la circulation et de l'influx nerveux. Quand l'opérateur rapproche le lacs de la cuisse de la mère, non correspondante au sacrum du fœtus, l'un des chefs du lacs glisse en contournant la fesse de bas en haut et remonte le long du fémur ; de là la fracture de ce dernier. Au contraire, le tracteur du siège que l'auteur a déjà décrit précédemment, étant à la fois lacs, porte-lacs et crochet, réunit les avantages de chacun de ces instruments, tout en écartant radicalement leurs inconvénients opératoires et leurs dangers.

M. CHARPENTIER. **Vomissements incoercibles de la grossesse.** — Chez une femme de 28 ans, secondipare, surviennent, dès le début de la grossesse, des vomissements incoercibles qui résistent à toute espèce de traitement. En présence de l'état grave de la malade, on provoque l'avortement à trois mois. On éprouva de très grandes difficultés à provoquer le travail et on introduisit successivement dans l'utérus : une bougie en gomme, puis une seconde le lendemain, un ballon de Champetier, toute la série des bougies d'Hegar ; on fit une cautérisation de la cavité utérine au nitrate d'argent. Enfin, au bout de cinq jours de tentatives infructueuses, on dut décoller l'œuf avec le doigt introduit dans la cavité utérine, et l'extraire ainsi artificiellement sous le chloroforme. La malade guérit. L'auteur insiste sur les phénomènes hystériques qu'elle présentait, phénomènes qui ont persisté après la guérison.

Les vomissements dits incoercibles de la grossesse sont souvent des vomissements se présentant chez les hystériques à l'occasion de la grossesse.

LARAT. **Vomissements incoercibles traités par l'électrisation à courant continu.** — L'auteur a traité avec succès, à l'hôpital Lariboisière, un cas de vomissements incoercibles, par l'électricité.

Les vomissements étaient apparus au dernier mois de la grossesse. Après avoir eu recours à tous les traitements usités, on employa l'électricité. Dès la première séance et pendant qu'on l'électrisait, la malade put avaler et garder un demi-verre de lait. En huit jours, la guérison était complète.

BAR relate plusieurs observations de **vomissements incoercibles dans le cours de la grossesse.** Dans un cas, la réduction de l'utérus en rétroversion, n'avait pas fait cesser les vomissements. La galvanisation a permis d'obtenir un résultat excellent.

TOUVENAINT a essayé l'électricité dans un cas de vomissements incoercibles chez une femme atteinte de fibrome utérin. Ce traitement ne lui a donné aucune amélioration.

BUDIN a employé les courants continus chez une femme qui avait des vomissements incoercibles de la grossesse. Il n'obtint aucun résultat et il allait recourir à l'avortement provoqué, lorsque, subitement et sans aucun traitement, la malade guérit.

JOUIN. **Nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins.** — L'auteur a donné de l'extrait thyroïdien en tablettes de 0, 15 centigrammes, de 4 à 8 tablettes par jour, à six malades atteintes de corps fibreux. De ces six malades, deux sont traitées depuis trop peu de temps pour qu'on puisse parler des résultats du traitement. Sur les quatre autres, au contraire, il a enregistré deux succès assez nets : diminution partielle des fibromes et atténuation marquée des accidents hémorrhagiques.

Il estime que les recherches doivent être poursuivies dans cet ordre d'idées, bien que les dernières notions admises sur la physiologie de la glande thyroïde ne permettent de donner que des explications très hypothétiques sur le mécanisme de l'action du suc thyroïde dans la thérapeutique des corps fibreux.

REVUE ANALYTIQUE

PLACENTA *(Suite)* (1).

(Anatomie et pathologie.)

Déciduome malin. (Deciduoma malignum), par WHITRIDGE WILLIAMS (Baltimore). *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 942.

Femme Vpare, 33 ans. Dèrnière grossesse terminée, le 15 avril 1894, par un accouchement normal; enfant mort. Suites de couches quelque peu pyrétiques, état général peu satisfaisant, faiblesse

(1) Voir n° de septembre, p. 222.

très grande. Le huitième jour, apparut, au niveau de la grande lèvre droite, une tumeur, grosse d'abord comme un pois, dont on méconnut la nature, qui grossit, s'ulcéra, arriva à être en communication avec le rectum par un trajet fistuleux. L'évolution de ce néoplasme coexistait avec un défaut d'involution utérine et avec un état général qui alla en s'aggravant de plus en plus. Entrée au *Maryland General Hospital* le 18 mai, mort le 12 juillet, donc trois mois environ après l'accouchement.

Autopsie. — Néoplasme intéressant les deux grandes lèvres, la partie postérieure de la fourchette, une bonne portion de la paroi postérieure du vagin, et en communication avec le rectum. Masse ulcérée, de forme irrégulière, gris rouge, très friable, et, dans ses parties profondes, ressemblant beaucoup au tissu placentaire. Utérus, à peu près double du volume normal. De sa paroi postérieure, proémine dans la cavité utérine une tumeur assez accusée ; il en existe une autre, plus petite, au niveau du fond. *Foyers métastatiques* dans les organes suivants : poumons, reins, rate, foie, et ovaire gauche.

Examen microscopique. — Toutes les tumeurs présentaient la même structure anatomique. L'auteur conclut de cet examen, que le néoplasme a dû se développer aux dépens du syncytium, c'est-à-dire de la couche plasmodiale qui revêt les villosités choriales. De plus, avec Kossmann et Merttens, il admet que cette couche plasmodiale dérive de l'épithélium utérin (épithélium superficiel et épithélium glandulaire). Il s'agirait donc d'une *tumeur épithéliale et d'origine maternelle*, qu'il serait peut-être préférable de ranger parmi les carcinomes.

Après avoir rappelé, en mettant à profit les travaux antérieurs, les principaux caractères cliniques de l'affection, comme les autres auteurs, il insiste sur l'importance capitale qu'il y a à faire un diagnostic précoce et conclut en faveur de l'hystérectomie vaginale, totale.

R. LABUSQUIÈRE.

Un cas de sarcome déciduo-cellulaire. (Ein Fall von Sarcoma déciduo-cellulaire), par R. KUPPENHEIM. *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 34, p. 916.

OBS. — Femme de 33 ans, Vpare. Le cinquième accouchement, survenu à 7 mois. Le médecin appelé, examine le délivre et le trouve complet; trois semaines après l'accouchement, hémorrhagies abondantes. Le médecin

put extraire de l'utérus des masses qui lui donnèrent l'impression de débris placentaires, ce qui l'étonna, parce qu'il avait trouvé, après l'accouchement, le délivre complet. Dix jours après, hémorrhagies nouvelles, à la suite desquelles on constata même état local que précédemment. Curettage et tamponnement. Après une courte période d'accalmie, de nouveau, hémorrhagies abondantes. *État 6 semaines et demie après l'accouchement :* Téguments très pâles, teinte cireuse. T. 37°,5 P. 124, mou, petit. Utérus de la grosseur du poing, Col admettant facilement un doigt; paroi cervicale, de même que celle du segment inférieur de l'utérus, lisse. Mais, dans la cavité utérine, présence d'une tumeur petite, polypeuse, irrégulière, dont la base paraît s'insérer sur le fond de l'utérus. *Curettage* qui donna environ deux cuillerées à café de débris carniformes, gris-rouge, mêlés de caillots sanguins rouge-noir. Vers le fond et sur le côté gauche, sensation comme d'une effraction intéressant la muqueuse et se continuant dans la paroi de l'utérus. *Diagnostic :* En raison de la multiplicité des hémorrhagies, de la repullulation si rapide, après curettage énergique, des masses enlevées, on pensa à une néoplasie de nature déciduale. Fragments des tissus dégénérés furent envoyés à l'Institut des recherches anatomo-pathologiques ; mais, des hémorrhagies profuses étant survenues, l'état de la malade força la main du chirurgien avant qu'on eût le diagnostic histologique. Le 22 août, *hystérectomie vaginale totale.* Suites opératoires régulières. L'opérée put quitter la clinique le 14 septembre. *Fin juin 1895, c'est-à-dire huit mois après l'opération, sa santé était parfaite.* Le lendemain même de l'opération, étaient arrivés les résultats de l'examen histologique d'après lequel il s'agissait, formellement, d'un *sarcome déciduo-cellulaire,* ayant, sur certains points, envahi la musculeuse.

Si, dans ce cas, la récidive manquait, il faudrait attribuer cet heureux résultat à l'hystérectomie pratiquée de bonne heure. On y procéda sans retard à cause de la reproduction si rapide des tissus morbides malgré des curettages à fond. Cliniquement, on ne peut sans doute que supposer la nature du mal, et le diagnostic clinique a besoin d'être fortifié par les résultats de l'examen histologique. Mais, même avec celui-ci, des doutes peuvent subsister. Ainsi, tandis que Tannen put constater, avec certitude, des traînées de cellules déciduales entre les éléments musculaires, cette constatation ne fut pas aussi nette dans le cas actuel. Ce n'est qu'à l'examen portant sur l'utérus extirpé, qu'on put retrouver ce caractère de ce processus malin.

(*A suivre.*) R. LABUSQUIÈRE.

NÉCROLOGIE (1)

Th. Brandt, le créateur de la méthode thérapeutique, à laquelle j'ai donné le nom de kinésithérapie gynécologique, est mort le 5 août.

L'avenir jugera définitivement cette méthode et la tirera de l'obscurité didactique où les Allemands, adhérents de la première heure, l'ont laissée en la prônant.

D'autres feront cela, mais avec le respect dû à l'initiateur, dont l'œuvre sera continuée et perfectionnée.

Th. Brandt n'était pas seulement un empirique de génie. C'était un homme de bien. Il aurait pu s'enrichir. Il est mort pauvre. Le pain de chaque jour et la satisfaction de soulager les souffrances lui suffisaient. H. Stapfer.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Abel. *Die mikroskopische Technique u. Diagnostik in d. Gynäkologischen Praxis.* Berlin, 1895. — **Auvard.** Un cas de génitalité blennorrhagique. *Arch. de tocol. et de gyn.*, juin 1895, p. 401. — **Ayres.** The Relation of uterine Diseases to functional and organic Ocular Diseases. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 642. — **Coop (W. A. H.).** A curious anomaly of the female genitalia with striking resemblance to some of the external male elements by plastic surgery into a woman of normal appearance. *Amer. gyn. and obstetr. J.*, N.-Y., mai 1895, p. 594. — **Deshayes.** Anomalies gynécologiques. *Mercredi médical*, 1895, p. 265. — **Dickinson (Robert L.).** Does laceration through the sphincter ani ever occur in the median line ? Seventeen cases of lateral injury. *Amer. gyn. and. obstetr. Journ.*, N.-Y., mai 1895, p. 536. — **Eisenhart.** *Die Wechsel eziehungen zwischen internen u. gynäkologischen Erkrankungen.* Stuttgart, 1895. — **Emilio Curatulo and Luigi Tarulli.** On the influence of the removal of ovaries on metabolism. *Edinb. med. Journ.*, 1895, II, 137. — **Etherige (J.).** Renal Insufficiency in Gynæcological Cases. *The Am. gyn. a. obst. J.*, juin 1895, p. 726. — **Forchheimer.** The Relations of the

(1) Notice omise par erreur dans le dernier numéro.

digestive Organs to the Uterus. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 657. — **Fournel (Ch.).** Conservateurs et mutilateurs. *Nouv. arch. d'obstétr. et de gyn.*, 1895, p. 294 — **George W. Dobbin.** The Use of Pelvimetry in Gynecology. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 201. — **Herff.** Zur Behandlung des weich Schankers bei Frauen. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1895, t. I, p. 577. — **Hermann Stieda.** Chlorose und Entwickelungsstorungen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII,H. 1, p. 60. — **Huber.** *Die Frauenkrankheiten, ihre Enstehung u. Verhütung.* Leipzig, 1895. — **Kisch.** *Die Sterilität des Weibes.* Vienne, 1895. — **Martin (A.).** *Handbuch d. Krankheiten der weiblichen Adnexorgane.* Leipzig, 1895. — **Neisser.** *Stereoscopischer medicinischer Atlas. Abtheilung Gynækol.* Cassel, 1895. — **Priestley (W. O.).** On over-operating in Gynæcology. *The Provincial med. Journ.*, Leicester, 2 sept. 1895, p. 475. — **Reinicke.** Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Häude. *Archiv. f. Gyn.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p. 515. — **Richardson.** Hysteria : Cerebral Manifestation. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 635. — **Schœffer.** *Atlas u. Grundriss der Gynækologie.* Munchen, 1895. — **Schauta.** *Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, etc. Functionen der weibl. Sexualorgan in schwangeren u. nicht schwangeren Zustande.* Vienne, 1895. — **Shoemaker.** Case of malformation of Female Genitalia. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 215. — **Spoerl-Gamma.** *Frauenleiden! Verhutung u. Heilung derselben durch Massage u. Heilgymnastik.* Leipzig, 1895. — **Steinborn.** *Die gesechlechtliche Stellung der Frau.* Berlin, 1895. — **Stroganoff.** Zur Bakteriologie der weibleichen genital Kanals. *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 1009. — **Stuart Nairne.** Medical gynæcology. *Edinb. med. Journ.*, 1895, II, 113. — **Thrasher.** Reflex, fonctional, or hysterical Affections of the Larynx. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 653. — **Wilheim.** *Die Nervosität der Frauen.*, Vienne, 1895. — **Wittaker.** The hysterical Heart. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 668.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Barcus.** Sudden death from shock due to the intra-uterine Injection of a solution of Lead Acetate to induce Abortion. *Medic News*, 1895, p. 153. — **Barnes (F.).** On some Difficulties in the Use of the Curette. *The British M. J.*, août 1895, p. 178. — **Blondel (R.).** Dilatation de l'utérus au moyen des mèches de gaze glycérinées dans le traitement de l'endométrite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1895, p. 321. — **Catto.** The uterine Sound and Curette. *The Amer. gyn. a. obst. J.*, juillet 1895, n° 1, p. 9. — **Lawson-Tait.** De la perforation utérine par l'hystéromètre ou la curette. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 644. — **Pichevin.** Thérapeutique intra-utérine et traitement des inflammations péri-utérines. *Gazette de gynécologie*, 1895, p. 193. — **Prima-Pintor.** Les injections intra-utérines d'euphorbine dans le traitement de l'endométrite. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1895, p. 336. — **Pryor.** The Treatment of Gonorrhæa in Women. *The Am. gyn. a. obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 225. — **Travis Gible.** Uterine Dilatation for Sterility. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 251. — **Vitrac.** *Drainage de l'utérus ; procédé les plus usuels ; description d'un procédé nouveau.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Weil (A.).** Le courant continu en gynécologie. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 646.

VULVE ET VAGIN. — **Francisco de Lastres Recio.** Un caso de retention menstrual por atresia vaginal congenita y total, operado co[n]

exito. *Annales de obst. ginec. y pediatria*, juillet 1895, p. 201. — **Louradour**. *Contribution à l'étude du cancer primitif du clitoris*. Thèse de Bordeaux, 1894-95. — **Martin (A.)** Die Colpotomia anterior. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1895, II, 109. — **Mindt (Francis)**. A case of apparent hermaphroditism. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, II, 112. — **Neugebauer**. *Zur Lehre v. den angeborenen u. erwobenen Verwachsungen u. Verengerungen der Scheide sowie des angeborenen Scheidenmangels m. Ausschluss der Doppelbildungen*. Berlin, 1895. — **Nouvel**. *De la pathogénie des kystes du vagin*. Thèse de Bordeaux, 1894-95. — **Ridgway Barker**. The local Treatment of Contusions of the External Genitalia. *Am. j. Obst.*, août 1895, p. 200 — **Rockey**. A New Self-Retainning Perineal Retractor. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1895, p. 690. — **Sage**. *Des tumeurs liquides de la grande lèvre*. Thèse de Bordeaux, 1894-95. — **Vassal**. *De la vulvo-vaginite des petites filles et de son traitement par le permanganate de potasse*. Thèse de Bordeaux, 1894-95.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Burrage**. Cases of Freund's New Operation for Prolapse. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, mars 1895, p. 372. — **Burrage. (W.-L.)**. Notes on the repair of rupture of the perineum through the sphincter ani. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. II, p. 108. — **Cleveland (C.)**. The Alexander Operation. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 704. — **Daroux**. *Indications et résultats du curettage dans les inflammations chroniques de l'utérus* Thèse de Bordeaux 1894-1895. — **Delmas-Marsalet**. *Étude générale des déviations utérines consécutives à la fièvre puerpérale*. Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Fred.** The radical Cure of uterine Prolapse. *The British M. J.*, septembre 1895, p. 189. — **Kerman**. Hystéropexie abdominale et cure d'éventration. *Annales médico-chirurgicales*, 1895, p. 289. — **Lapthorn Smith.** Ventro-fixation and Alexander's operation compared. *Am. J. Obst.* août 1895, p. 264. — **Mundé (P. F.)** The Present Treatment of Uterine Displacements. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 691. — **Olshausen.** Ueber Behandlung der Retro-deviationen des Uterus. *Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn.*, T. XXXII, H. 1, p. 1. — **Segale.** Laparo-hystéropexie extra-péritonéale dans le traitement du prolapsus et de la rétroflexion de l'utérus. *Arch. de toc. et de gyn.* septembre, 1895, p. 667.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Augustin Goclet**. The Treatment of Metritis and Endometritis. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 391. — **Coyne** et **Lefour.** Dysménorrhée membraneuse et avortement. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*. 4 août 1895, p. 364. — **Duncan (William).** Chronic inflammation of the uterus. *Lancet*. London, 1895, II, 139. — **Emanuel** et **Wittkowski** et **Veit**. Ueber Endometritis in der Gravidität. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, T. XXXII, H. 1, p. 98. — **Fehling (H.)**. Die Behandlung der Endometritis, *Wiener medizin. Presse*, 30 juin 1875, p. 1009. — **Ford (W.)**. The Ultimate Results of Trachelorrhaphy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 783. — **Johnstone (A.)**. Trachoma of the Female Genito-urinary Tract. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1893, p. 764. — **Maudange.** Endométrite des femmes âgées. *Arch. de toc. et de gyn.*, juin 1895, p. 472. — **Meinert.** Ueber spontane Ruptur and spontane Perforation des nicht schwangeren Uterus. *Wien.*

Medizin. Presse, n° 34, p. 1290. — **Pillet**. *De l'emploi du perchlorure de fer au dixième dans le traitement de la métrite hémorrhagique.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Reverdin (J.-L.)** et **Buscarlet**. Tuberculose utérine secondaire ayant envahi le museau de tanche. *Revue médicale de la Suisse Romande*, Genève, 1895, p. 440. — **Stephan.** Arztliche Behandlung des Dysmenorrhæ. *Deutsche medizinal Zeitung*, Berlin, 12 septembre 1895, p. 831. — **Werth.** Untersuchungen über die Regeneration der Schleimhaut nach Ausschabung der Uteruskörperhöhle. *Archiv. f. Gyn.*, T. XLIX, p. 369, Berlin, 1895.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bacon.** A case of deciduoma malignum. *Am. J. of Obstetr.*, N.-Y., mai 1895, p. 679. — **Baldy**. Hysterectomy for Suppurative Diseases of the pelvic Organs. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 221. — **Betton Massey.** A large œdematous Myoma treated by abdominal Electropuncture. *The Am. Gyn. and Obst. J.*, juillet 1895, p. 1. — **Camescasse (Pierre)**. Un procédé d'hystérectomie totale par voie double ou par manœuvres abdominales et vaginales combinées. *Nouv. Arch. d'obst. et de Gyn.*, 1895, p. 349. — **Condamin**. Note sur un point de l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale. Modifications à apporter au premier temps de cette opération. *Lyon médical*, 1895, t. II, p. 282. — **Corson**. The Apostoli Treatment of Uterine Fibroïds. *Am. J. of Obst.*, septembre 1895, p. 341. — **Christopher Martin.** Two Uteri removed by Hysterectomy. *The British Gyn. J.*, août 1895, p. 174. — **Crowell**. Hysterectomy for Periuterine Suppuration. *Ann. of Gyn. and Pæd.*, mars 1895, p. 368. — **D'Alfeo Rosa.** Colonale fibroma interstitiale dell'utero. Amputazione sopra vaginale utero ovarica. *Riforma medica*, 24 juillet 1895, p. 246. — **Dixon Jones (Mary A.)**. Intra or extra-peritoneal treatment of the pedicle, or total hysterectomy. *Medic. Record*, 1895, I, p. 260. — **Eastman (J.)**. Report of a Case of Hysterectomy where the Morphology of the Tumor made total Extirpation of the Cervix the only possible Procedure. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1895, p. 18.— **Emmet (Th. A.)**. The Use of Traction and Morcellation in the Removal of Fibroïds *versus* Hysterectomy. *The Am. Gyn. a. Obst J.*, juin 1895, p. 655. — **Engelmann (George J.)**. The early hystory of vaginal hysterectomy. *Americ. Gyn. and Obstetr. Journ.*, N.-Y., mai 1895, p. 521. — **C. Faguet** et **Vitrac.** Neuf observations d'hystérectomie abdominale supra-vaginale pour fibro-myômes de l utérus. Traitement rétro-péritonéal du pédicule. *Revue de chirurgie*, 1895, p. 495 — **Fabricius.** *Ueber Myome u. Fibrome des Uterus u. deren Einfluss auf die Umgebung.* Vienne, 1895. — **Frederick.** Ligation of the Broad Ligament for Uterine Fibromyomata. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 348. — **Fullerton (Anna M.)**. A Contribution to the study of uterine fibroïds. *Amer. Gyn. and Obstetr. Journ.* N. Y., mai 1895, p. 569. — **Garceau.** The French Method of vaginal Hysterectomy. *Annals of Gyn. and Pæd.*, mars 1895, p. 374. — **Gordon**. Further Experience and Observations in Hysterectomy for Fibroïds. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 649. — **Guermonprez.** Fibro-myôme intraligamenteux, décortication suivie d'hystérectomie totale. *Arch. de tocol. et de gyn.*, sept. 1895, p. 704 — **Guermonprez.** Hystérectomie abdominale totale. *Gazette des hôpitaux*, 3 sept. 1895, p. 1007. — **Hunter.** The Early Recognition of Carcinome of the Cervix. *The Am.*

Gyn. a. Obst. J., sept. 1895, n° 3, p. 231. — **Irish.** Abdominal hysterectomy in the treatment of septic pelvic disease and for cancer of the os uteri. *Boston medic. and surgic. J.*, 1895, t. II, p. 615. — **Jacobs.** Operative Technique in vaginal hysterectomy. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 711. — **Kossmann.** Das carcinoma syncytiale Uteri. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn*, Berlin, II, 100. — **Kuppenheim.** Ein Fall von Sarcoma deciduo cellulare. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 34, p. 915. — **Lapthorn Smith.** The present Status of the electrical Treatment of fibroids. *The Annals of Gynæc. and Pæd.*, juillet 1895, p. 678. — **Lanphear (Emory).** A plea for more frequent operation for cancer of the uterus. *Medicine*, Detroit, Michigan, sept. 1895, p. 348. — **Leopold.** Myomectomy during pregnancy. *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 607. — **Lewers (Arthur H. N.).** An inquiry into the relative advantages of vaginal hysterectomy and the supravaginal amputation of the cervix in cancer of the cervix uteri. *Lancet*, London, 1895, II, 23. — **Marchand (F.).** Ueber die sogenannten « decidualen » Geschsvülste im Anschluss an normale Geburt, Abort, Blasenmole und Extra-uterineschwangerschaft. *Monatsschrift fur Geb. u. Gyn*, Berlin, 1895, t. II, p. 419 et 513. — **Martin (A.).** Die totalexstirpation des myomatösen Uterus per Cœliotomiam. *Berlin klin. Woch.*, 22 juillet 1895, p. 625. — **Mc Laren (A.).** Catgut for ligation of the Pedicle. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1895, p. 675. — **Meineeke.** *Fall v. Schleimhaut-Sarcom des Uterus.* Tubingen, 1895. — **Péan.** Des différentes méthodes d'extirpation des fibromes utérins. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 903. — **Quénu.** L'hystérectomie vaginale dans le traitement des salpingites. *Presse médicale*, 1894, p. 249. — **Renner.** *Ueb. die Resultate der Kastration bei Myomen des Uterus*, Tubingen, 1895. — **Riddle Goffe.** Some Further Consideration on the intrapelvic but extraperitoneal Treatment of the Stump in supravaginal Hysterectomy for fibroid Tumors. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 177. — **C. Ruge.** Ueber das Deciduoma malignum in der Gynækologie. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p. 162. — **Shoemaker (George Erety).** Case of Hysterectomy by ligation for Fibroma. *Amer. Gyn. and Obstetr. J*, N.-Y, mai 1895, p. 586. — **Sinclair (W. J.).** Early Diagnosis of Cancer of the cervix uteri; a pathognomonic sign. *Medic. Chronicle.* Manchester, août 1895, p. 342. — **Sutton (R. S.).** Specimens of total vaginal Extirpation of the Uterus, etc. *The Am. Gyn. a. Obst.*, juin 1895, p. 744. — **Tschudy.** Sectio cæsarea nach Porro bei Uterus didelphys. *Archiv f. Gyn.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p 471. — **William Whorthen.** Vaginal Hysterectomy for uterine Myomata and Diseases of the Aduexa. *Am. J. of. Obst.*, août 1895, p. 188.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. — **Biesalki.** *Die Enstehungsweise der verschiedenen Formen v. Peritonitis.* Berlin, 1895. — **Boisleux.** De la rupture des adhérences péritonéales par la colpotomie antérieure et postérieure. *La Clinique française*, 1825, p. 600. — **Coe (Henry C.).** Acute localized versus diffuse peritonitis in women from a clinical standpoint. *Americ. Gyn. and Obstetr. J.*, N.-Y., mai 1895, p. 562. — **Delassus.** Salpingite kystique compliquée de grossesse. *Arch. de toc. et de gyn.*, septembre, 1895, p. 714. — **Doléris.** Thérapeutique intra-utérine dans les affections inflammatoires des annexes. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gyn.*, 1895, p. 281. — **Henrotin.** Conservative Surgical Treatment of Para and Peri-uterine

septic Diseases. *The Am. Gyn. u. Obst. J.*, juin 1895, p. 769. — **Herman.** Un cas d'hématocèle rétro-utérine. *Annales médico-chirurgicales,* 1895, p. 292. — **Isaac (A.).** De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. *Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, 1895, p. 312. — **Kousmine.** Tumeur volumineuse de la région iléo-fémorale gauche constituée par une hernie de la trompe utérine. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 657. — **Lockwood.** Hernia of the ovary in an infant, with torsion of the pedicle. *Brit. med. J.*, 1895, II, 716. — **Moorsel.** *Casuistische Beiträge z. Parametritis purulente,* Iena, 1895. — **Rugh (J. W.).** Traumatic pelvic hematocele rupturing into the peritoneal cavity. *The Philadelphia Polyclinic,* 31 août 1895, p. 358. — **Sanders.** The after Treatment of four Cases of Salpingo-oophorectomy by Electricity, etc. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 398. — **Watkins.** Vaginal Section and Drainage for Pelvic Abscess. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 207.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Ampt.** Zur Histologie des Parovariums und der Cysten des Ligamentum latum *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 34, p. 913. — **Barette.** Vingt-cinq kystes de l'ovaire. *Année médicale de Caen,* 1895, p. 111. — **Bertholdt.** *Ueber das Einnähen der Cystenwand in die Bauchdecken bei unvollendbarer Ovariotomie.* Tubingen, 1895. — **Collins.** Impacted ovarian Cyst. *The British m. J.*, août 1895, p. 176. — **Doege (Karl W.).** Parovarian cyst, complicated by the passage of renal calculi, simulating and diagnosed as ectopic Gestation. *Medic. Rec.*, N.-Y., 1895, II, 372. — **Eyrich.** *E. Fall v. Carcinome d. Ovarium.* Tubingen, 1895. — **Falla (Walter).** An unusual and remote sequela of ovariotomy. *Lancet,* London, 1895, II, 463. — **Guinard.** — The Diagnosis of dermoid Cysts of the Ovary. *Annals of Gynæc. and Pæd.*, mars 1895, p. 382. — **Langer.** Ueber einen Fall ven Sarcoma ovari. *Archiv. f. Gyn.*, Berlin, 1895, t. XLIX, p. 508. — **Montgomery.** Results of Removal of uterine Appendages. *The Annals of Gyn. a. Pædiat.*, juillet 1895, p. 661. — **Müller (Vitalis).** Ueber Protozoenbefunde im ovarial und Uterus Carcinome. *Monatsschrift für Geburtschülfe und Gynækol.* Berlin, 1895, T. I, p. 561. — **Penrose.** The Ligature in Oophorectomy. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 221. — **Rees.** *Eierstockgeschwülste als Geburtshindernis.* Tubingen, 1895. — **Robinson (Byron).** Removal of the appendages and ligation of the uterine artery to the utero-cervical junction *Medical News*, Phil., 1895, II, 170. — **Rubeska.** Beitrag zur Complication der Schwangerschaft u. Geburt mit Ovarialgeschwülsten. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn*, 1895, Bd. II, Hft. 3, p. 184 — **Sinclair (W. I.).** Case of papilloma of both ovaries and tubes with large amount of ascites; operation : permanent cure. *Medical Chron.* Manchester, août 1895, p. 350. — **Ulmann (R.).** Eine Dermoïdcyste des linken Ovarium von seltener Grösse. Entfernung durch Laparotomie; Heilung. *Wiener Medizin Presse,* 1895, n° 38. — **Vignes.** *Contribution à l'étude du carcinome de l'ovaire.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895.

ORGANES URINAIRES. — **Auvard.** Fistule recto-vaginale opérée pendant le post-partum. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 655. — **Emmet (Th. A.).** Incurable vesico-vaginal fistula : A new Method of Treatment by suprapubic Cystotomy. *Am. J. of Obs.*, mai

1895, p. 593. — **Fischer (J.)**. Zu den Stritkturen der weiblichen Harnröhre. *Cent. f. Gyn.*, Leipzig, 1895, p. 1039. — **Kolischer**. Das bullöse Œdem der weiblichen Blase. *Cent. f. Gyn*, 1895, n° 27, p. 723. — **Leder**. Un cas de miction fréquente due à une rétention partielle d'urine et guérie par le massage. *Arch. de tocol. et de gynéc.*, septembre 1895, p. 641. — **Schultze (B. S.)**. Bericht über sogenannte Spontanheilung einer mittelgrossen Blasen-Scheiden-Gebarmutterfistel nebst prophylaktischen Bemerkungen. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 27, p. 720. — **Teynac**. *De la cystotomie préliminaire appliquée au trait. de certaines fistules vésico-génitales* Thèse de Bordeaux, 1894-1895. — **Vary dit Farvacque**. *Hernies de la vessie à travers l'urèthre.* Thèse de Bordeaux, 1894-1895.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Franklin H. Martin**. Some Mooted Points in pelvic Surgery. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1895, p. 643. — **Henry**. Indications for Laparotomy. *The Am. Gynec. a. Obs. J.*, juillet 1895, n° 1, p. 12. — **Jacobs**. Indications for total Castration by the Vagina. *The Am. Gyn. a. Obst.*, juin 1895, p. 733. — **Lanphear**. Three cases of abdominale section for extra uterine Pregnancy. *Medic. Record*, 1895, t. II, p. 370. — **Long**. The technique of abdominal and pelvic Surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 236. — **Mallett**. Vaginal drainage in abdominal section. *Am. J. of Obst.*, août 1875, p. 184. — **Poppe**. *Ub. die Castration bei Osteomalacie.* Fribourg, 1895. — **Price (Joseph)**. The philosophy of Pelvic and abdominal Surgery. *The Cincinnati Lancet clinic.*, 29 juin 1895, p. 741. — **Schräder**. *Ub. Darmlähmung u. Ileus nach Laparotomie.* Tubingen 1895.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Gollins**. *Die Schmerzlose Entbindung Verhaltungs-Massregeln z. Vermeidung der Schmerzen u. Gefahren der Niederkunst*, etc., Leipzig, 1895. — **Freeland Barbour**. A Study of the more recent Frozen Sections in their bearing on the Mechanism of Labour and the third Stage. *Edinb. m. J.*, octobre 1895, p. 298. — **Leopold** et **Orb**. Die Leitung normaler Geburten nur durch aüssere Untersuchung. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIX, Hft. 2, p. 304. — **Nichols**. *Die Schmerz u. Gefahrlose Entbindung der Frauen*, etc., 1895.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Anselme**. *Ueber den Eisengehalt in der Milch.* Wurzbourg, 1895. — **Bergh**. *Vorlesungen üb. allgemeine Embryologie.* Wiesbaden, 1895. — **Hubrecht**. *Die phylogenese des Amnions u. die Bedeutung des Trophoblastes.* Amsterdam, 1895. — **Kehrer**. *Zur Phylogenie des Beckens.* Heidelberg, 1895. — **Klien**. Eine neue Methode der Beckenausgangsmessung. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1893, Bd. II, Hft. 3, p. 165. — **Strassmann**. *Schemata zur Eintragung des Befundes der aüsseren u. inneren Geburtshulflichen Untersuchung.* Berlin, 1895.

DYSTOCIE. — **Demelin**. Conduite à tenir dans le cas de rétrécissement rachitique du bassin. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, septembre 1895, p. 676. — **Roux**. Bassin rétréci. Accouchement prématuré artificiel. *Gazette des hôpitaux*, 1895, p. 695. — **Steffens**. *Ueber Schwangerschaft u. Geburt bei Missbildungen des Uterus.* Tubingen, 1895. —

Wassilieff. Bassin rétréci entre 8 1/2 et 9 cent. Présentation du sommet, accouchement à terme, enfant vivant, par l'emploi du levier. *Arch. de toc. et de gyn.*, septembre 1895, p. 771.

GROSSESSE. — **Keilmann.** Die diagnostische Bedeutung der Fluctuation. im gravidi Uterus. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. I, H. 5, p. 438. — **Monod.** Grossesse adipeuse. *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1895, p. 130. — **Noble (Ch.).** Diagnostic de la grossesse pendant les trois premiers mois. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 65. — **Strassmann.** *Schemata zur Eintragung des Befundes der aüsseren u. inneren Geburtshülflichen Untersuchung.* Berlin, 1895.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Brown (Henry R.).** Ectopic gestation. *Pacific medic. Journ.* San Francisco, septembre 1895, p. 559. — **George M. Boyd.** Two Cases of tubal Pregnancy operated upon more than a Month after Rupture. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juillet 1895, p. 3. — **Hermann Thomson.** Beiträge zur Extra-uteringravidität. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII, H. 1, p. 155. — **Hartmann.** *Ueb. die Extra-uteringravidität.* Tubingen, 1895. — **Hugh Mc Call.** Ectopic Pregnancy. *The Annals of Gynæc. and Pæd.*, juillet 1895, p. 687. — **Jepson.** Early Ectopic Gestation : Its Nature, Diagnosis and Treatment. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 321. — **Lanphear.** Two Cases of abdominale Section for extra-uterine pregnancy. *Med. Record*, 1895, p. 370. — **Thiébaut.** Contribution à l'étude de la grossesse tubaire avortée. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 682. — **Schlodtmann.** *E. Fall v. Extra-uterinschwangerschaft*, Königsberg, 1895.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Dohrn.** Ueber die Grösse des respiratorischen Luftwechsels in den ersten Lebenstagen. *Zeitschr. f. Geburts. u. Gyn.*, t. XXXII, H. 1, p. 25. — **Goenner.** Ueber Vererbung des Form und Grösse des Schädels. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p. 1. — **Lop.** De l'alimentation prématurée ou artificielle des nourrissons. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 691. — **Reusing.** Beiträge zur physiologie des Neugeborenen. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p. 36. — **Ruhe.** *Anatomische Beschreibung e. menschlichen Janiceps asymetros, nebst Versuch e. genet. Erklarg.* Marbourg, 1895.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Frank.** Concerning the principles and practice of episiotomy. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1896, p. 674. — **Fry.** Symphyseotomy. Elective cæsarean section. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, 1895, p. 579. — **Garrigues.** Artificial abortion. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1893, p. 818. — **Guermonprez.** Hystérectomie abdominale totale substituée à l'opération de Porro. *Arch. de tocol. et de gyn.*, septembre 1895, p. 699. — **Harrigan.** A plea for modern cæsarean section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, septembre 1895, n° 3, p. 245. — **Harris (R. P.).** The symphyseotomies of the United States and of Canada. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, juin 1893, p. 788 — **Löhlein.** *Die Symphyseotomie u. ihr Verhältniss zum Kaiserschnitt u. zur künstlichen Fhruhgeburt.* Wiesbaden, 1895. — **Price.** Puerperal eclampsia. *The Am. Gynec. a. Obst. J.*, juillet 1895, n° 1, p. 5. — **Spaeth.** Ueber die resultate der Wendung bei Symphysiotomie. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, t. II, p. 83. — **Tschudy.** Sectio cæsarea nach Porro bei uterus didelphys. *Arch. f. Gyn.*, t. 94, p. 471.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Alexander Keilmann**. Die Entwickelungsbedingungen des Placenta prævia. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p. 21. — **Auvard**. Placenta prævia. Extraction nouvelle du fœtus Sortie du placenta avec le fœtus. Tamponnement intra-utérin. Guérison. *Arch. de toc. et de gyn.*, septembre 1895, p. 653. — **Balls Headley**. A case of puerperal pelvic cellulitis from Phlebitis. *The Annals of Gyn. a. Pæd.*, juillet 1895, p. 663. — **Barnes (Fancourt)**. Inversion of the uterus *The provincial med. Journ.*, Leicester, 2 sept. 1895, p. 483 — **Baumm**. Zur Behandlung der Placenta prævia. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 39, p. 1043. — **Brindeau**. *Placenta prævia. Accouchement spontané par passage de la tête à travers le placenta*, septembre 1895, p. 711. — **Bussche-Haddenhausen**. *Die in den J.*, 1890-1894, *in der Frauenklinik zu Göttingen operirten Fälle v. Osteomalacie.* Berlin 1895. — **Bumm**. Ueber Diphterie und Kindbettfieber. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, H. 1, p 126. — **Closs**. *Ueb. die thrombophlebitische Form des Puerperalfiebers.* Tubingen, 1895. — **Cumston (Charles-Greeve)**. Metritis as a cause of miscarriage. *Boston med. and surg. Journ.*, 1895, t. II, 201 et 225. — **Cumston**. Note on the Pathology and Treatment of Osteomalacia. *Annals of Gyn. and Pædiat.*, mars 1895, p. 363. — **Currie**. Puerperal septicemia with case. *Boston med. and surg J.*, 1895, t. II, p. 612. — **Fraenkel**. Die Histologie der Blasenmolen und ihre Beziehungen zu den malignen von den Chorionzotten (Decidua) ausgehenden Uterustumoren. *Archiv. f. Gyn.* Berlin, 1895, t. XLIX, p. 481. — **Harry G. Utley**. A contribution to the study of albuminuria during pregnancy. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 354. — **Harrison (G. B.)**. Puerperal eclampsia. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 365. — **Himmelsbach**. Inversion of the uterus. *Medic. News*, Phil., 1895, II, 213. — **Hirigoyen**. Hémorrhagie par rupture du sinus circulaire d'un placenta normalement inséré. *Mercredi médical*, 1895, p. 313. — **Jung**. 26 *Falle v. Placenta prævia.* Göttingen, 1895. — **King**. Puerperal tetanus. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 225. — **Koblanck**. *Beitrag zur Lehre der Uterusruptur.* Stuttgart, 1895. — **Leopold**. Myomectomy during pregnancy. *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 607. — **Ludwig u. R. Savor**. Experimentelle Studien zur pathogenese der Eclampsie. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. I, H. 5, p. 447. — **Matthew D. Moum**. Perforation of the uterus after Abortion with Prolapse of intestine. *Am. J. Obst.*, mai 1895, p. 603. — **Mc Gillscuddy**. Bacteriology and treatment of puerperal tetanus. *Am. J. Obst.*, août 1895, p. 237. — **Montay**. Inversion utérine. *Dauphiné médical*, 1895, p. 144. — **Müllerheim**. *Die aussere Untersuchung der Gebarenden* Coblentz, 1895. — **Partridge**. Pregnancy associated with Diabetes. *Medic. Record*, 1895, t. II, p. 109. — **Prochownik**. Zur Mechanik des Tubenabords. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. XLIX, Hft. 2, p. 177. — **Mittenzweig**. *Ueb. criminellen Abort.* Coblentz, 1895. — **Reamy**. The treatment of puerperal eclampsia. *The Am. Gyn. a. Obst., J.*, juin 1895, p. 752. — **Richard. H. Read**. Retroversion of the gravid uterus; spontaneous reposition at the end of the fourth month. *Lancet*, London, 1895, II, 528. — **Rivière**. De la conduite à tenir dans les accidents gravido-cardiaques. *Mercredi médical*, 1895, p. 325. — **Rosenberg (G.)**. Fibroid tumors of the uterus a sa complication of pregnancy and labor. *Am. J. Obst.*, juin 1895, p. 622 — **Rabeska**. Beitrag zur Complication der Schwangerschfat u. Geburt mit Ovarialgeschwulst. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. II, Hft. 3, p. 184. — **Schreiber**. Zum gegenwärtigen Stand der Frage

über die Entstehungsursache der Eclampsie. *Mon. f. Geb. u. Gyn.*, t. 1, H. 5, p. 474. — **Scott.** Bacteriology and treatment of puerperal tetanus. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 230. — **Schwarz**. Ruptur einer 2 Monate Schwangeren Tube mit Hämatocelebildung und Durchbruch in die vesica, Genesung. *Cent. f. Gyn.*, 1895. n° 36, p. 985. — **Stäger.** *Symptome u. Behandlung der Schwangerschaft u. Geburt bei in der 2. Halfte der Gravidität abgestorbenen Früchten.* Berne, 1895. — **Stieber.** Grossesse tubaire datant de 14 mois; fœtus mort à 6 mois; laparotomie; extirpation du kyste fœtal; guérison. *Arch. de toc. et de gyn.*, juin 1895, p. 424. — **Wesley Bovée.** A case of ruptured tubal pregnancy attempted criminal abortion; septic infection; cœliotomy and curettage. Recovery. *Am. J. Obst.*, septembre 1895, p. 387. **Westphalen.** Zwei Fälle von Fruchttod im letzten Schwangerschaftsmonat in Folge stumpfer Gewalteinwirkung. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.* 1895, Bd. II, Hft. 3, p. 210. — **Williams.** Conditions pathologiques de l'œuf amenant des écoulements liquides utérins. *Arch. de gyn.* juin 1895, p. 420 — **Wittkoosky** et **Veit.** Ueber Endometritis in der Gravidität. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXII, Hft. I, p. 98.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Brown** et **Alexandrin.** Action thérapeutique du chloroforme pendant la parturition. *Union médicale du Canada*, 1895, p. 430. — **Braun v. Fernwald.** *Ub. Asepsis u. Antisepsis in der Geburtschilfe.* Vienne, 1895 — **Coromilas.** On the action of quinine on the kidneys and genital organs during pregnancy. *Edinb. med. Journ.*, 1895, t. II, p. 139. — **Duke (Alexander).** On curetting the uterus in cases of puerperal septicæmia. *Lancet*, London, 1895, II, 669. — **Edward P. Davis.** Drainage in Puerperal Sepsis. *Am. J. of Obst.*, août 1895, p. 218. — **Jacub.** Ein Beitrag zur Behandlung des Aborts. *Monastssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 2, p. 195. — **Leutart.** *Die anatomische Veranderungen durch Sublimatintoxication.* Berlin, 1895. — **Tomalla.** Ueber Vermeidung von Decubitus bei kranken Wöchnerinen. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 30, p. 815. — **Truzzi.** Die prophylactische Gaze Uterustamponade bei den rechtzeitigen Geburten. *Mon. f. Geb. und Gyn.*, 1895, t. II, p. 81.

VARIA. — **Ahlfeld.** Das Peter Mullersche Impressions Verfahren. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. I, H. 6. p. 569. — **Ahlfeld.** Kritische Besprechung einige neueren Arbeiten geburtshülflichen Inhalts. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXII, H. 1, p. 117. — **Birnbaum.** *Arztlicher Rathgeber üb. Schwangerschaft Geburt u. erste Kindes Lebe*, 1895. — **Döderlein.** *Leitfaden f. den Geburtshilflichen Operationskurs*, Leipzig, 1895. — **Fehling.** *Lehrbuch f. Geburtshilfe f. Hebammen*, etc., Tubingen, 1895. — **Gall.** *Die Indicationen z. Verhütung der Schwangerschaft u. meine Verbesserung des Occlusio-Pessars.* Munchen, 1895. — **Goldberger.** Ein seltener Fall von Polymastie. *Arch. f. Gyn.* 1895, Bd. XLIX, Hft 2, p. 278. — **Martin (A.).** *Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynækologie*, etc. Berlin., 1895. — **Matignon.** Comment les Chinois prétendent durant la vie utérine arriver à reconnaître le sexe du fœtus. *Arch. de toc. et gyn.*, juin 1895, p. 406. — **Poten.** *Hebammenunterricht u. Hebammenwesen*, Berlin, 1895. — **Rokitansky.** *Lehrbuch f. Hebammen*, Vienne, 1895. — **Schaeffer.** *Atlas u. Grundriss der Lehre von Geburtsatk. u. der operativen Geburshilfe*, Munich, 1895.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

DES PLUS GROS FIBROMES JUSTICIABLES DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE (1)

Par M. **Paul Segond**,
Agrégé de la Faculté, chirurgien de la Maison municipale de santé,
Membre de la Société de chirurgie.

Ce travail n'est, en substance, que la justification d'une opinion que j'ai formulée pour la première fois, il y a trois ans, dans mon rapport sur les suppurations pelviennes, au Congrès de Bruxelles. La valeur de l'hystérectomie dans l'ablation des fibromes, disais-je, est en général assez mal connue. Nombre de chirurgiens pensent, en effet, que la voie vaginale permet seulement l'ablation de fibromes de petit et de moyen volume. C'est, à mon avis, une erreur, et j'estime au contraire que l'ablation des fibromes par hystérectomie est une opération merveilleuse qui permet de s'attaquer avec succès à toute masse fibreuse utérine ou péri-utérine dont les limites supérieures ne dépassent pas l'ombilic.

Ma formule était, on le voit, fort nette, et, si je me permets de la reproduire textuellement, ce n'est point pour revendiquer une priorité dont on a peut-être fait trop bon marché, c'est avant tout et surtout parce que cette manière de juger

(1) Communication faite au *Congrès français de chirurgie.*

la question me paraît en tous points conforme à la vérité. A cette heure, mon expérience du morcellement est très étendue. J'ai opéré nombre de cas extrêmement difficiles ; me défiant des exagérations ou des virtuosités que peut inspirer la possession chaque jour plus complète du manuel de la méthode, j'ai toujours eu pour objectif de préciser et de respecter avec le plus grand soin les limites qui, dans l'espèce, doivent séparer les indications rationnelles des possibilités dangereuses ; et je puis l'affirmer, tout ce que j'ai vu n'a fait que confirmer mes opinions premières. Le moment me paraît donc venu de documenter ce que j'ai simplement énoncé jusqu'ici, soit à Bruxelles, soit à Lyon, et j'espère que les 66 observations jointes à cette communication mettront en juste lumière le bien fondé de mes convictions.

Un mot encore avant d'aborder directement mon sujet : il est, n'est-ce pas, bien entendu qu'en étudiant ici les avantages de l'hystérectomie vaginale dans l'ablation des fibromes, je n'entends nullement dire qu'en présence d'un fibrome quelconque, il faille toujours et quand même prendre le bistouri. Pareille tendance serait à ce point insensée qu'il devrait être superflu de s'en défendre. Et cependant, devant les suspicions soi-disant tutélaires de certains esprits, on y est bien obligé. Les hystérectomistes surtout sont ici privilégiés. Dès que nous prenons la parole ou la plume sur un sujet quelconque de gynécologie opératoire, il se trouve aussitôt quelqu'un pour insinuer que nous ignorons forcément toutes les lois de la prudence, et que, par définition, si je puis ainsi dire, nous ne savons que supprimer sans jamais songer à guérir. Force est donc de mettre avec insistance les points sur les i. Et, dans le cas présent, cette nécessité s'impose avec une urgence particulière.

Il n'est pas, en effet, de question qui ait, autant que le traitement chirurgical des fibromes, le secret d'exciter la verve et les sous-entendus de ceux qui nous discutent. A vrai dire, si les apôtres de la conservation quand même se recrutaient seulement parmi ceux-là qui, vieux ou très

jeunes, vaguement chirurgiens ou parfaitement ignorants des choses de notre art, croient cependant qu'il est de leur devoir ou de leur intérêt de prêcher en toute occasion contre les excès de la chirurgie en général et contre la guérison chirurgicale des fibromes en particulier, il n'y aurait pas grand dommage. Mais, par malheur, les suspicions dont je parle, émanent parfois encore de personnalités médicales ou même chirurgicales dont la haute conscience commande toute l'attention. Il est donc indispensable de très bien s'entendre.

Spécifier davantage, en détaillant les indications de l'ablation des fibromes m'entraînerait à des développements que cette communication ne comporte pas. La mise au point de cette question est, du reste, maintenant, de connaissance courante, et la plupart des exagérations conservatrices qu'il nous fallait naguère encore discuter sur la rareté de la mort par hémorrhagie, ou bien encore sur l'espoir de posséder la drogue souveraine susceptible de préserver à jamais les fibromes de notre intervention, sont autant d'affirmations tenant beaucoup plus du roman que de la clinique et qui ne méritent même plus mention. Certes, nous sommes persuadé qu'en nombre de cas, il ne faut absolument pas toucher aux tumeurs fibreuses. Les contre-indications proviennent le plus souvent, alors, de l'état de santé ou de l'âge de la patiente, de la tolérance de l'organisme pour des fibromes petits ou gros, de la possibilité d'escompter l'influence d'une ménopause prochaine, ou bien encore du volume excessif que le traitement médical laisse prendre aux tumeurs, volume excessif qui donne à toute intervention une gravité par trop grande. Mais, ce que nous savons aussi, c'est qu'en bien des circonstances, la gravité des symptômes u la rapidité d'accroissement des tumeurs exigent l'intervention de la manière la plus formelle. Bref, il est indiscuable que nombre de fibromes sont moins graves à enlever u'à laisser, et, je le répète, je vise uniquement les cas de ce enre.

Je suis d'autant plus à l'aise pour m'exprimer de la sorte, que, pour moi, l'intervention chirurgicale, en cas de tumeur fibreuse, n'a point du tout la parfaite bénignité dont on parle si volontiers maintenant. A vrai dire, il y a longtemps que les laparotomistes demandent avec insistance au perfectionnement de la technique la possibilité d'enlever un utérus fibreux avec autant de sécurité qu'un kyste de l'ovaire. Et je veux bien croire que nous y réussirons en grande partie. Mais, tant que la médecine conservatrice ne cessera pas de nous marchander tout ce qui est si bien de notre ressort, je doute fort que nous obtenions jamais la parfaite similitude de ces deux pronostics.

Pareil doute paraîtra, je le sais, bien rétrograde aux opérateurs qui ont aujourd'hui toute confiance dans l'avenir de l'hystérectomie abdominale totale et qui, se basant sur quelques statistiques blanches de tout accroc, considèrent le problème comme désormais résolu. Et cependant, je n'en maintiens pas moins mes réserves. Non point que je conteste un seul instant les récents succès de l'hystérectomie abdominale totale, mais parce que tout ce que j'ai vu me laisse, par malheur, cette conviction, que la chirurgie des fibromes, pour peu qu'elle porte sur un nombre de cas suffisants, n'aura jamais, au même titre que la chirurgie des annexes, le secret des séries merveilleuses. La raison m'en paraît même indiscutable.

Le plus souvent, en effet, les malades qui acceptent ou réclament notre intervention, se trouvent dans les conditions les plus déplorables. Qu'elles nous soient adressées par un confrère, reconnaissant enfin les dangers d'une expectation plus prolongée ; qu'elles nous arrivent au contraire d'elles-mêmes, lassées par l'insuccès de toutes les cures et de tous les traitements plus ou moins directs qu'on leur conseille depuis des années, en leur promettant une guérison qui ne vient jamais, et sans obtenir autre chose que la déchéance progressive de leur résistance vitale, la situation reste la même. Lorsque vient enfin notre heure,

le fait brutal c'est que nous ne rencontrons plus, pour résister au coefficient traumatique toujours élevé de notre intervention, que des organismes usés, des femmes épuisées ou exsangues et des viscères, comme le cœur, le foie ou les reins, sur le bon fonctionnement desquels nous ne pouvons plus compter. Il y aurait même là, soit dit en passant, matière à plus d'un travail intéressant. Et s'il était un jour possible de compléter les recherches déjà importantes entreprises dans cette direction, en soumettant nos opérées à la plus sévère enquête viscérale, pour comparer ensuite les résultats opératoires avec les enseignements fournis par l'examen préalable du cœur, du sang, des reins, du foie et de l'urine, j'imagine que cette étude serait singulièrement fructueuse, tant au point de vue de la précision du pronostic qu'à celui de la valeur des indications.

Quoi qu'il en soit, nous n'ignorons plus à quel point le retentissement viscéral des hémorrhagies profuses et prolongées peut être compromettant. Et c'est là qu'il faut chercher le pourquoi de la gravité particulière de nos opérations en cas de fibromes. Cette gravité particulière était évidente quand l'amputation sus-vaginale avec fixation externe du pédicule ralliait encore tous les suffrages. Je ne la crois pas davantage contestable en cas d'hystérectomie vaginale. Et je me refuse à croire que l'hystérectomie abdominale totale, malgré ses derniers perfectionnements, aura tout d'un coup le curieux privilège de réduire à néant toutes les causes d'insuccès dont je parle. Celles-ci sont, en effet, parfaitement indépendantes, aussi bien des perfectionnements de la technique que de la qualité de l'antisepsie.

Ces considérations préliminaires m'éviteront, en partie, j'espère, l'inévitable accusation d'être un interventionniste quand même. En outre, elles donnent, me semble-t-il, une portée plus grande à l'opinion des chirurgiens qui, persuadés comme moi, que l'ablation d'un utérus fibreux n'est jamais une vétille, n'en restent pas moins convaincus qu'il est très souvent moins dangereux de prendre le bistouri, que de

faire de la médecine, de l'électricité ou de la balnéothérapie et qu'il est, en un mot, nombre de fibromes qu'il faut opérer.

Ceci dit, je puis, sans crainte de malentendus, aborder la partie essentielle de ma communication, en m'efforçant de démontrer la réelle valeur de l'hystérectomie vaginale chez les femmes qu'il faut réellement opérer et seulement dans les cas où les fibromes sont assez développés pour s'élever jusqu'à l'ombilic. Je serais d'autant plus désireux d'y réussir qu'en faisant ici accepter mon opinion, j'aurais la satisfaction de compléter, en quelque sorte, le chapitre des indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes et de montrer qu'elles se résument en définitive dans cette formule fort simple : que *dans les cas où l'indication d'enlever un utérus fibreux se pose nettement, l'hystérectomie vaginale par morcellement doit être considérée comme l'opération de choix toutes les fois que la masse fibreuse ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.*

Actuellement, en effet, la première partie de cette démonstration est faite. Tous les chirurgiens qui ont pris la peine d'apprendre la méthode de Péan, reconnaissent enfin, que pour les fibromes de petit ou moyen volume, il n'est pas de meilleure méthode d'ablation que l'hystérectomie vaginale. Sans doute, cette conquête du morcellement est très récente. Elle n'a même pas encore la consécration de tous nos livres classiques et Delbet, par exemple, dans son article du traité de chirurgie, se contente de donner le jugement que voici : « Les indications de cette opération sont rares, dit-il, et l'on peut dire avec M. Pozzi : « cette méthode de traitement des fibromes me paraît « devoir être réservée aux cas où l'utérus relativement « peu volumineux, mais comprimant des organes importants, peut être extrait sans grand effort et sans long morcellement. C'est à ce prix seulement que l'opération est « bénigne et peut être substituée à l'hystérectomie abdominale. » Mais ce jugement sommaire n'est qu'un exemple des préventions bizarres que certains esprits cependant judi-

cieux au plus haut chef, conservent encore contre l'opération de Péan. Et la netteté des indications dont je parle n'est pas moins acquise. La dernière discussion soulevée devant la Société de chirurgie, par la communication de Richelot sur son procédé d'hystérectomie totale en témoigne. Quant à Pozzi, il y a beau temps qu'il est revenu sur ses impressions initiales. Déjà, quand il était cité par Delbet, la citation n'était plus du tout conforme à sa pensée, et dans sa dernière édition on pourra lire textuellement ceci :

« Pendant longtemps, j'ai préféré à cette opération que « Péan appelle la castration utérine, la castration ovarienne « que je considérais comme moins grave. Aujourd'hui que je « connais mieux toutes les ressources et toute la bénignité « du morcellement vaginal, j'abandonne de plus en plus la « castration que je considère comme un pis-aller. Je lui « reproche d'être presque aussi grave et sûrement moins « efficace que l'hystérectomie, et surtout, de ne pas porter « remède aux phénomènes de compression dus à la présence « de fibromes, notamment à la compression du rectum et à « celle des uretères. Aussi ne suis-je pas loin de me rallier « à la formule de Segond, qui considère comme justiciables « de l'hystérectomie vaginale par un morcellement, tous les « utérus fibromateux qui ne dépassent pas l'ombilic. » Donc, je le repète, pour les fibromes de petit et de moyen volume, bon gré, mal gré, nos adversaires doivent le reconnaitre, la partie est gagnée.

Par contre, il est bien certain, que sauf exception, ceux-là mêmes qui pratiquent le plus volontiers l'hystérectomie vaginale pour fibrome, restreignent beaucoup trop ses indications. Pour eux, *le fort poing d'adulte* ou *la tête de fœtus*, sont en général les dimensions maxima, et comme l'écrivait Jules Bœckel en 1892, dans un article de la *Gazette médicale de Strasbourg*, « lorsque les fibromes sont plus volumineux, « cette voie (voie vaginale) doit être abandonnée. Il faut « alors recourir à la laparotomie qui, seule ou combinée à « l'autre méthode, permet de les enlever avec plus ou moins

« de facilité ». Or, je suis en mesure de l'affirmer maintenant, les limites des indications rationnelles du morcellement vaginal doivent être de beaucoup reculées. Et, en réalité, l'hystérectomie vaginale reste l'opération de choix, tant que le niveau supérieur ne dépasse pas le point de tangence avec un plan transversal passant par l'ombilic. Pour démontrer que telle est bien la vérité, je ne crois même pas qu'il soit nécessaire de multiplier beaucoup les arguments. D'autant que je puis simplifier beaucoup la question du parallèle à établir entre l'hystérectomie vaginale et les autres opérations susceptibles de la remplacer dans les conditions que j'ai spécifiées. En effet, étant données les tendances actuelles de la chirurgie des fibromes, il est clair que l'hystérectomie vaginale totale par voie abdominale ou abdomino-vaginale est, en somme, la seule opération dont il me faille discuter ici la valeur comparative.

L'amputation supra-vaginale a fait son temps ou peu s'en faut. Quant à la castration ovarienne, malgré la confiance qu'elle paraît encore inspirer à quelques chirurgiens et que j'ai moi-même un instant partagée, j'imagine que ses indications deviendront de plus en plus exceptionnelles. Je ne suis pas seul à le penser et Pozzi, par exemple, que je citais il y a un instant, n'hésite plus à dire que la castration ovarienne est pour lui un pis-aller qu'il abandonne de plus en plus en faveur de l'hystérectomie vaginale par morcellement. Enfin, il va de soi, que je n'ai pas à discuter beaucoup les indications du simple morcellement des fibromes sans hystérectomie. Ses indications se rencontrent sans doute et je possède moi-même quelques observations de très gros fibromes solitaires que j'ai pu morceler avec succès, sans enlever l'utérus. Mais, alors même que ce morcellement est possible, et le fait est rare quand l'utérus remonte à l'ombilic, il est bien exceptionnel, en pareil cas, que l'on puisse, après morcellement, acquérir la certitude que la paroi utérine respectée ne présente aucune solution de continuité; laquelle certitude est pour-

tant la seule condition qui permette d'éviter l'hystérectomie. Tout en reconnaissant que le morcellement sans hystérectomie est parfois indiqué, je puis donc ne pas m'arrêter davantage à cette exception, et, tout compte fait, la seule opération dont il me faille ici tenir grand compte, est bien l'hystérectomie totale par voie abdominale ou abdomino-vaginale.

Ainsi réduite, la question devient fort simple. La comparaison doit, en effet, porter seulement sur trois points principaux : les difficultés de la technique, les qualités du pronostic d'avenir et celles du pronostic opératoire immédiat. Or, les deux premiers points sont faciles à trancher. Les difficultés de la technique ne comptent pas, quand on connaît bien le morcellement. J'ai trop souvent insisté sur ce point dans mes publications antérieures, pour y revenir, et je me contente d'affirmer que, toutes choses égales d'ailleurs, le morcellement vaginal n'est pas plus inaccessible à une main chirurgicale qu'une hystérectomie totale par voie abdominale. Bref, à ce premier point de vue, il y a parité entre les deux opérations. En revanche, quand on envisage le pronostic d'avenir, l'avantage me semble rester au morcellement vaginal. A la vérité, quand on enlève tout, peu importe que ce soit par le vagin ou par le ventre. Dans les deux cas, on réalise au maximum les conditions de guérison radicale. Il y a toutefois cette différence que la voie abdominale dote les opérées d'une cicatrice toujours étendue, tandis que le morcellement vaginal respecte absolument l'intégrité de leur paroi abdominale. Bien petit argument, nous disait-on, lors de nos premières polémiques. Mais ici, encore, on a fini par nous donner raison, notamment à l'étranger. Et nous n'avons plus besoin de nous évertuer à souligner cette vérité La Palicienne qu'une femme privée de son utérus et de ses annexes se trouve mieux avec une paroi abdominale intacte qu'avec une énorme cicatrice, fût-elle l'œuvre des sutures les plus étagées et les plus perfectionnées.

Reste donc le troisième point de comparaison, celui du pronostic opératoire immédiat, et c'est à coup sur le plus important, car, les deux premiers laissant l'avantage au morcellement vaginal, il suffit de démontrer que son pronostic opératoire immédiat est au moins aussi bon que celui de l'hystérectomie abdominale totale, pour que la cause soit aussitôt entendue et jugée dans le sens que je crois juste.

C'est précisément ce que les 66 observations jointes à ce travail démontreront, je pense, à tous ceux qui seront plus disposés à juger qu'à prendre parti.

Ces 66 observations prélevées sur ma statistique générale d'hystérectomie pour fibromes ne comprennent que les cas dans lesquels la masse à morceler, pesant de 1,200 grammes au moins à 4 kilog. au plus, remontait plus ou moins franchement au niveau de l'ombilic. Toutes les malades de cette série présentaient une ou plusieurs des indications formelles de l'intervention. Nombre d'entre elles étaient dans un état des plus graves résultant le plus souvent de l'abondance des hémorrhagies antérieures et dépendant dans les autres cas des phénomènes de compression ou de lésions suppuratives péri-utérines.

Ces 66 observations m'ont donné 59 guérisons et 7 morts.

Les 7 morts se répartissent de la façon suivante :

3 morts par péritonite, survenues dans les 3 premiers jours. — 2 morts par shock, survenues en quelques heures à la suite d'un morcellement de trois heures de durée chez deux femmes albuminuriques et réduites au dernier degré de l'anémie par leurs hémorrhagies antérieures. — Une mort par hémorrhagie survenue à l'ablation des pinces. Dans ce cas, les vaisseaux des ligaments larges offraient un volume insolite et l'hémorrhagie qui a tué la malade s'est faite par suintement. Le sang s'est accumulé derrière le tamponnement vaginal sans s'écouler au dehors, en quantité suffisante pour motiver une intervention. — Une mort par occlusion intestinale (volvulus au niveau de la cicatrice), survenue au quinzième jour, à la suite d'un morcellement des plus labo-

rieux dont les suites avaient été jusque-là aussi rassurantes que possibles.

Dans les 59 cas de succès, 49 fois la guérison a été obtenue sans incident, et 10 fois j'ai eu les complications suivantes : — 1 cas d'eschare sacrée répondant au type de décubitus aigu que j'ai signalé dans la thèse de Baudron. — 1 cas de phlébite fémorale gauche survenu au seizième jour. Je m'y attendais presque, car la malade avait subi quelques mois auparavant une laparotomie pour ablation des annexes. Le chirurgien n'avait pu trouver que les annexes gauches et cette première intervention avait été suivie, elle aussi, d'une phlébite. Celle que j'ai constatée n'était donc qu'un réveil de la précédente. — 1 cas de fistule vésico-vaginale qui a guéri spontanément. — 1 cas de shock vraiment inquiétant qui nous a tenu en éveil pendant plusieurs heures à la suite d'un morcellement laborieux chez une femme anémiée. — 3 cas d'hémorrhagie à l'ablation des pinces. — 1 cas d'hémorrhagie au treizième jour. — Enfin, deux cas de troubles cardiaques des plus inquiétants, revenant par crises plus ou moins répétées et, chaque fois, caractérisés par un affolement du cœur avec sueurs froides, état syncopal et douleurs précordiales. Les deux malades en question avaient été épuisées par plusieurs années de métrorrhagies profuses. — Ces dix opérées ont d'ailleurs parfaitement guéri.

Quant au résultat thérapeutique fourni par ces 59 opérations, il est aussi parfait que possible. C'est merveille, vraiment, de voir au bout de quelques mois l'état de santé des femmes ainsi traitées, quand on a bien le souvenir de la gravité des symptômes qui ont motivé l'intervention. Je me contente aujourd'hui de cette appréciation générale, me réservant de reprendre plus tard ces 59 observations pour les joindre à mes autres cas d'hystérectomie et grouper ainsi les documents nécessaires à l'étude sérieuse et complète du pronostic d'avenir de l'opération de Péan. Je signalerai cependant dès aujourd'hui cette particularité, que les troubles congestifs vicariants, tels que les bouffées de chaleur, m'ont

paru plus fréquents chez les femmes atteintes de fibromes que chez les malades opérées pour toute autre cause. Cela tient peut-être à ce que dans ces cas, l'intervention tarit, d'un coup, non pas seulement le sang des règles, mais aussi celui que les patientes avaient en quelque sorte l'accoutumance de perdre en plus ou moins grande abondance du fait de leurs hémorrhagies pathologiques. Quoi qu'il en soit de l'interprétation, le fait n'existe pas moins, et c'est surtout chez les opérées de cette catégorie qu'il m'a fallu recourir plus ou moins souvent à la saignée pour rétablir l'équilibre. Je dois dire du reste, que ce moyen vraiment héroïque donne très vite la disparition des accidents.

Tels sont les faits que j'apporte à l'appui de ma thèse. Par le temps qui court, il est pour le moins osé de s'appuyer sur une statistique comprenant autre chose que des succès impeccables ; je conserve toutefois l'espoir que les 7 décès qui noircissent ma sério sont plutôt faits pour la servir que pour la déprécier. En se reportant à mes observations on pourra se convaincre, en effet, que les 7 opérées mortes étaient à ce point malades qu'elles étaient condamnées à brève échéance. L'opération n'a donc fait que hâter un résultat inévitable. Quant aux autres, plusieurs d'entre elles auraient, elles aussi, succombé, sans intervention, et dans ces conditions, j'ose prétendre que mes résultats sont, en définitive, parmi les meilleurs qu'on puisse obtenir en pareil cas.

Bref, je considère que ma statistique est suffisante pour démontrer que le morcellement vaginal, dans les conditions que j'ai précisées, se présente avec les caractères d'une opération sûre et rationnelle. J'ajoute enfin que la qualité de mes résultats peut avec avantage supporter la comparaison avec ceux que donne l'hystérectomie totale par voie abdominale ou abdomino-vaginale, dans les cas exactement similaires, car, s'il est vrai que cette opération paraît posséder depuis quelque temps le secret des statistiques blanches, on me permettra bien d'observer

que ces séries heureuses sont encore bien courtes pour être très probantes. Et comme il est maintenant reconnu que le coefficient traumatique des interventions vaginales bien conduites est moins élevé que celui des larges interventions abdominales, je ne crois pas trop m'avancer en affirmant que les séries d'hystérectomie abdominale totale devenant plus touffues, elles auront, elles aussi, leurs points noirs, si bien qu'en dernière analyse, m'en référant au jugement clinique sans m'inquiéter autrement des résultats que pourraient aujourd'hui donner le pourcentage et l'intervention de l'arithmétique dans le débat, j'en arrive à cette conclusion que dans le cas particulier, l'hystérectomie vaginale n'est certainement pas plus grave que l'hystérectomie abdominale. Je reste même convaincu qu'elle est plus bénigne. Et c'est pour cette raison qu'en pratique, lorsque je me trouve en présence d'un fibrome qui va atteindre l'ombilic, je soutiendrais volontiers qu'il convient de se départir de la réserve que je recommande avec tant d'insistance pour tous les autres cas, et qu'il faut devenir interventionniste ; dans ce but, pour moi capital, de donner aux malades les avantages des guérisons par voie naturelle, leur évitant ainsi les ennuis ou les plus grands dangers des larges interventions abdominales dont elles deviendraient seulement justiciables, si la temporisation permettait aux fibromes de dépasser le niveau de l'ombilic.

La démonstration que j'ai tentée me paraît ainsi faite. Je crois avoir, en effet, établi que l'hystérectomie vaginale pratiquée dans les conditions précitées, présente les avantages suivants : Sa technique est accessible à tout vrai chirurgien. Elle possède une efficacité supérieure au point de vue du pronostic d'avenir. Elle présente ce précieux avantage de débarrasser les femmes de tumeurs très volumineuses sans qu'il leur en coûte l'ombre d'une cicatrice apparente. Elle nous donne enfin, autant et plus que toute autre intervention, des garanties aussi parfaites que possible au point de vue du pronostic immédiat. La conclusion me parait donc

s'imposer et j'espère qu'on trouvera dans ce travail les documents voulus pour admettre avec moi cette règle générale : *Que toute tumeur fibreuse ne dépassant pas le niveau de l'ombilic doit être, sauf exception, enlevée par voie vaginale.* Toutefois, je suis trop l'ennemi de l'absolu en matière de chirurgie pour ne pas reconnaître qu'il est à la règle que je pose des exceptions possibles, et c'est par leur analyse que je vais terminer.

Sans revenir autrement sur le manuel opératoire du morcellement en cas de gros fibromes, manuel que je suppose connu, je ferai cependant observer que malgré le perfectionnement des manœuvres particulières dont l'association constitue la méthode, il est certains cas dans lesquels le temps nécessaire pour terminer l'intervention devient un véritable péril. Certes, l'opération est toujours longue. Et personne n'oserait ici songer à faire des hystérectomies de cinq minutes, voire même de trois minutes et demie.

Quant à moi, et je crois opérer assez vite, sur mes 59 cas de guérison, je relève 43 opérations de une heure, 6 de une heure et demie, 4 de deux heures, 4 de deux heures et demie et 2 de trois heures. Or, s'il est, j'en suis convaincu, tout à fait inoffensif de faire, par le vagin, des morcellements de une heure ou deux, j'imagine qu'à trop dépasser ce délai, on s'expose à de sérieux mécomptes. Si j'ai guéri deux malades par des morcellements de trois heures, j'en ai perdu trois dans les mêmes conditions : l'une est morte de péritonite, mais les deux autres ont été tués par le shock. Je tiens donc à spécifier que pour ne point compromettre la valeur de ma formule sur les indications de l'hystérectomie vaginale, il faut ajouter qu'elle cesse d'être applicable quand on se trouve en présence de fibrome qu'il est impossible de morceler sans un labeur trop prolongé.

Mais dira-t-on, comment reconnaître d'avance les causes de cette impossibilité ? Celles-ci sont en effet très variées. Elles ne tiennent pas seulement aux dimensions intrinsèques du fibrome. Elles proviennent souvent de la multiplicité des

tumeurs. Et s'il est, par exemple, fort aisé de morceller en peu de temps un utérus contenant un fibrome énorme, mais unique, il peut être impossible de fragmenter sans un labeur de durée excessive, un utérus moins gros, mais bourré de fibromes petits et multiples. Ailleurs, les difficultés tiendront à l'étroitesse du vagin, ou bien encore à l'élongation du col avec élévation considérable du corps utérin. Et, chacun le conçoit, toutes ces conditions particulières sont, pour la plupart, à peu près impossibles à prévoir par le simple examen clinique. C'est le bistouri à la main, l'opération une fois commencée, qu'il est seulement possible de les reconnaître, et par conséquent, dira-t-on encore, la règle posée se heurte donc là à un écueil des plus périlleux pour elle.

Tout cela est fort juste. Mais il m'est facile de répondre d'avance à ces objections. En effet, pour qu'elles aient toute leur portée, il faudrait que dans les conditions exceptionnelles dont il est question, le fait d'avoir commencé par le vagin un morcellement qu'on reconnaît devoir être de trop longue durée nous laisse en quelque sorte désarmés. Or, c'est précisément ce qui n'est pas. Reconnaître dès le début d'un morcellement que celui-ci sera trop long pour être rationnel, est affaire d'expérience personnelle. Et pour peu qu'on ait quelque habitude de la méthode de Péan, on ne s'y trompe pas. Ceci admis, supposons qu'on se trouve en présence d'un cas de ce genre, n'est-il pas fort simple, les premiers temps de l'hystérectomie vaginale une fois exécutés, de changer aussitôt de tactique pour terminer l'opération par une laparotomie.

On pourrait aussi, en pareil cas, persévérer dans son projet primitif, et tâcher d'abréger le morcellement en se donnant du jour par un large débridement vaginal. Mais, à mes yeux, cet artifice, pour utile qu'il puisse être, ne doit pas être employé. Il enlève à l'opération ce qui en est, pour ainsi dire, la coquetterie, et la mesquine aisance qu'il donne à nos manœuvres ne vaut certes pas qu'on se décide à l'employer. Au contraire, la laparotomie permet

toujours d'achever rapidement les ablations les plus laborieuses, et, par conséquent, c'est à la combinaison dont j'ai parlé plus haut qu'il faut donner la préférence. D'autant mieux que la valeur de l'hystérectomie totale, pratiquée suivant ce manuel, ne me semble pas discutable. Et quand on s'entoure des précautions voulues, ce procédé particulier me paraît aussi bon que les meilleurs.

Je me suis récemment expliqué sur ce point à la Société de chirurgie à propos de la discussion soulevée par la communication de Richelot, en disant qu'à mes yeux, les méthodes qui permettent une délimitation tranchée entre l'acte abdominal et l'acte vaginal sont les plus satisfaisantes. J'ai ajouté que, le procédé auquel je réserve mes préférences est celui que j'ai adopté par nécessité, en 1888, dans un cas d'hystérectomie très difficile : débuter par les premiers temps de l'hystérectomie vaginale, inciser les culs-de-sac, pincer les utérines, libérer le col, préparer, en un mot, la fin de l'ablation, changer ensuite de position, vérifier sa parfaite asepsie et terminer par la laparotomie. C'est précisément à cette excellente opération que je conseille de recourir lorsqu'un morcellement, commencé par le vagin, menace d'avoir une durée dangereuse. Et partant, j'ai bien le droit de dire, que l'objection dont j'ai parlé peut être facilement réfutée. Toute la question consiste à posséder une expérience personnelle suffisante pour savoir s'arrêter à temps, au début d'un morcellement vaginal. Lorsqu'on remplit cette condition, ce qui est d'ailleurs fort simple, on peut tenir pour certain que ma formule générale sur les indications de l'hystérectomie vaginale, dans les cas de fibromes ne dépassant par le niveau de l'ombilic, conserve sa portée, et que son adoption reste incapable d'exposer au moindre mécompte.

LES FIBROMES UTÉRINS

Par le Dr **Péan**.

Longtemps regardé comme tellement au-dessus des ressources de la chirurgie que des praticiens, célèbres par leur hardiesse et leur habileté technique, refermaient l'abdomen lorsqu'ils se trouvaient en présence de myômes qui n'avaient point été reconnus, le traitement par l'intervention sanglante est aujourd'hui si bien accepté par la majorité des médecins, que des centaines de ces tumeurs sont extirpées chaque année dans la pratique ordinaire ou dans les services hospitaliers.

Que nous sommes loin aujourd'hui de l'époque où de pareilles tentatives ne soulevaient guère que de la réprobation et encouraient la condamnation de l'Académie de médecine ! Un si heureux changement est dû certainement aux progrès indéniables et nombreux qu'a subis l'hystérectomie pour corps fibreux depuis l'époque déjà bien reculée où je risquais, en 1867, ma première tentative de ce genre.

Encouragé par la guérison de ma malade, je me hasardai à en faire d'autres, dont les observations ainsi que les remarques cliniques et opératoires qu'elles ont inspirées, sont consignées dans un traité que j'ai fait en collaboration avec un de mes anciens internes le Docteur Ardy. Les nombreux succès que j'obtins en employant les procédés opératoires que l'on trouve décrits dans cet ouvrage, ont poussé d'autres chirurgiens à entrer résolument dans la voie nouvellement ouverte, et peu à peu ces sortes d'opérations s'étant beaucoup multipliées, celles-ci ont bientôt conquis la faveur à laquelle elles avaient droit. Je désirerais que celle-ci fût plus grande encore et que désormais les jeunes chirurgiens se crussent autorisés à intervenir contre tous ces petits fibromes que l'on laisse bénévolement grandir, au grand dommage de la malade, qui se trouve ainsi exposée à

une série d'accidents les plus sérieux, sur lesquels j'ai attiré longtemps l'attention et qui sont si connus qu'il est inutile d'en parler ici ; et au grand dommage aussi, du chirurgien qui se trouve ainsi en présence d'une opération singulièrement plus grave et plus difficile, quand le myôme est plus volumineux que quand la tumeur ne présente encore qu'un petit volume.

En attendant que mon souhait se réalise, je suis bien forcé d'avouer que les faits actuels ne le démentent encore que trop souvent et qu'il est bon pour le praticien d'être préparé à toutes les alternatives, même les plus faciles. C'est parce que je me suis vu en face de toutes ces difficultés que je crois devoir exposer ici les différentes fluctuations qu'ont subies mes idées quant au choix qu'il faut faire des différentes méthodes qu'il était préférable d'employer dans l'exécution d'une opération que j'ai exécutée un si grand nombre de fois. Mes remarques sont basées sur une expérience que je peux qualifier de très étendue, et c'est parce que j'ai traité un grand nombre de cas différents que j'ai vu l'inanité de l'opinion de ceux qui pensent qu'un unique procédé peut suffire à toutes.

L'expérience m'a démontré, au contraire, qu'il fallait plier l'intervention chirurgicale aux circonstances essentiellement différentes que peut rencontrer la pratique.

C'est ainsi que j'ai dû renoncer bientôt à la méthode abdominale qui m'avait donné de si nombreux et si heureux résultats pour tous les fibromes qui ne dépassent pas la tête d'un fœtus à terme parce que l'expérience m'avait appris que l'extirpation par le vagin est bien préférable. La méthode vaginale n'avait été exécutée d'abord que pour des cas de cancer de l'utérus. Le premier, je l'ai pratiquée pour les fibromes en 1882 ; elle a donné, dès 1882, entre mes mains des succès assez décisifs pour lui rallier un grand nombre de chirurgiens assez exercés, qui, comme moi, préféraient l'expérience aux raisonnements en apparence les mieux fondés.

En 1883, je communiquais les observations que j'avais

faites sur les valeurs du nouveau procédé à l'Académie de médecine, et ce procédé a gagné tellement de terrain qu'on ose aujourd'hui s'attaquer, grâce au morcellement dont j'ai démontré depuis si longtemps les grands avantages pour les tumeurs de toutes sortes, à des myômes de très gros volume.

Je dus bientôt reconnaître que la méthode vaginale, pas plus que l'abdominale, ne répondaient à toutes les indications et que, pour se tirer d'affaire, au mieux des intérêts de la malade, il était préférable de les combiner toutes les deux, et c'est pourquoi j'ai appelé cette combinaison : *méthode mixte*. On trouvera dans la thèse d'un de mes anciens internes, le Dr Secheyron, les indications principales de cette opération nouvelle, ainsi que la description de ses temps principaux. Je parvenais à supprimer ainsi le pédicule, qui, soit qu'on admette le traitement externe, comme je l'ai pratiqué si longtemps, ou le traitement intra-péritonéal, comme l'a conseillé Schröder, n'en expose pas moins à des inconvénients et même des dangers bien connus de ceux qui pratiquent fréquemment l'hystérectomie. La voie vaginale largement ouverte permettait également un drainage, dont les avantages sont évidents. Cette méthode, que je crois supérieure à toutes les autres dans certains cas déterminés, a soulevé cependant récemment les objections des partisans exclusifs du procédé abdominal ou du procédé vaginal.

Ce sont surtout les partisans de la méthode abdominale qui ont le plus essayé de discréditer la méthode mixte. Certes je ne me dissimule point l'utilité qu'il y a à faire l'opération en un seul temps, mais la question est de savoir si cela est véritablement praticable dans tous les cas, comme l'ont soutenu quelques chirurgiens dont l'habileté technique est justement estimée. Ils soutiennent que c'est perdre du temps que d'extirper le pédicule par le vagin et qu'en adoptant cette voie éminemment septique on s'expose à de sérieux dangers d'infection. Mais est-on aussi sûr que cela d'éviter les hémorrhagies consécutives en allant de haut en bas ? Je

me souviens de certains faits de fusion intime avec la vessie et le rectum, qui me laissent indécis sur la valeur de leurs affirmations concernant la possibilité d'isoler exactement le col des parties ambiantes. Et d'ailleurs, n'est-il pas plus sûr de pincer de bas en haut l'artère utérine, très rapprochée en somme des culs-de-sac du vagin ? Ceci est tellement vrai que plusieurs de ceux qui n'admettent que l'hystérectomie abdominale totale placent des pinces dans le vagin pour lier où pour se dispenser de lier cette artère. On ne saurait trop louer ceux qui veulent perfectionner les procédés de leurs devanciers, mais il ne faudrait pas qu'une modification aux méthodes reçues jusqu'ici illusionnât non seulement sur l'originalité, mais encore sur l'importance accordée à celle-ci. C'est ainsi que les changements apportés aux pinces hémostatiques n'ont qu'une importance secondaire : l'essentiel est qu'elles pincent bien et qu'elles ne lâchent pas les tissus qu'elles doivent comprimer. Pour ma part, je les crois supérieures à ces ligatures que j'ai toujours abandonnées le plus possible et dont quelques-uns de mes élèves continuent à vanter l'efficacité. On commence du reste à les délaisser en Allemagne et ailleurs parce qu'elles n'assurent pas, selon moi, d'une façon aussi certaine l'hémostase et qu'elles demandent plus de temps que n'en exige l'application des pinces. Or, dans l'hystérectomie, la perte de temps constitue un désavantage très sérieux.

Mais les pinces devront être mises en étage, ce moyen étant le seul qui permette de serrer également toutes les parties qui constituent le ligament large, et c'est pourquoi je rejette résolument la méthode qui consiste à pincer toute l'étendue de ce dernier, la compression étant forcément imparfaite en certains points, quelle que soit la perfection de l'instrument que l'on emploie. Nul plus que moi d'ailleurs n'est disposé à applaudir aux brillants succès obtenus par nos jeunes confrères, à louer les efforts qu'ils ont déployés pour améliorer les résultats obtenus par leurs prédécesseurs ; il est permis d'espérer que l'héritage qui leur a été légué ne

fera que fructifier entre leurs mains, et que, grâce à eux, les préjugés tenaces que nourrissent encore bien des gens du monde et aussi, il faut le reconnaître, des médecins dont le désintéressement en la question n'est peut-être pas absolu, disparaîtront peu à peu, ce qui permettra de sauver l'existence de bien des malheureuses malades, dont la vie est sans cesse menacée et empoisonnée de maux de toutes sortes.

Qu'il me soit permis de donner, en terminant, la statistique des cas d'hystérectomies diverses pour myômes que j'ai exécutées de janvier 1890 à janvier 1895.

Fibromes enlevés par la voie vaginale :

ANNÉES	OPÉRATIONS	GUÉRISONS	DÉCÈS
1890 / 1891	102	100	2
1892	56	55	1
1893	35	35	0
1894	55	54	1
Total	248	244	4

Fibromes enlevés par la voie abdominale ou par la voie abdominale et la voie vaginale combinées :

ANNÉES	OPÉRATIONS	GUÉRISONS	DÉCÈS
1890 / 1891	47	44	3
1892	24	24	0
1893	23	22	1
1894	26	23	3
Total	120	113	7

Il résulte des considérations que nous venons d'exposer les conclusions suivantes :

1° L'hystérectomie par la voie abdominale, que nous avons pratiquée le premier en France, dès 1869, n'est applicable qu'aux fibromes de moyen et de grand volume.

2° L'hystérectomie par la voie vaginale que nous avons ap-

pliquée le premier en France, en 1882, aux fibromes, doit être réservée aux myômes, dont le volume ne dépasse pas celui d'une tête d'un fœtus à terme, et à bon nombre de ceux qui ne s'élèvent pas sensiblement au-dessus de l'ombilic.

3° La méthode mixte que nous avons mise en œuvre, le **premier en France dès 1886**, permet d'enlever l'utérus en totalité, beaucoup **plus facilement** que par la voie abdominale seule, en se conformant aux **règles** que nous avons autrefois posées et constitue une ressource nouvelle et précieuse.

4° Les résultats de la voie vaginale sont aussi satisfaisants que possible puis qu'ils donnent au plus 1 à 3 p. 100 de mortalité.

5° La méthode abdominale et la méthode mixte donnent à peu près les mêmes résultats, lorsqu'elles sont appliquées à l'ablation de grandes tumeurs, puisqu'elles accusent une mortalité qui, d'après notre pratique, peut ête évaluée à 6 p. 100. Il est indéniable que cette mortalité dépend moins du talent plus ou moins grand de l'opérateur que des conditions très fâcheuses dans lesquelles est faite l'opération.

6° C'est parce que beaucoup de malades succombent avant que leurs tumeurs aient atteint un gros volume que nous donnons le conseil d'intervenir de bonne heure.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par **L.-G. Richelot.**

Depuis peu, les chirurgiens deviennent partisans de l'*hystérectomie abdominale totale* pour fibromes utérins. Jusqu'ici, le progrès des opérations à pédicule n'était pas niable, et surtout le pédicule interne rétro-péritonéal donnait de beaux résultats. Mais, si la mortalité était faible, certains inconvénients persistaient, foyers purulents ou sanguins autour du moignon, empâtements dans le petit bassin, douleurs prolongées, etc. Bref, on reconnaît de plus en plus qu'il vaut mieux ne rien laisser dans le ventre.

Presque tous les procédés d'hystérectomie totale, outre qu'ils sont d'une exécution pénible et assez longue, laissent des fils de soie, corps étrangers d'ordinaire inoffensifs, mais qui sont, de temps en temps, la source de gros ennuis; témoins ces petits abcès de la suture qu'on croit d'abord superficiels, auxquels on attache peu d'importance, mais qui se révèlent bientôt comme venant de la profondeur et restent indéfiniment fistuleux. Rapidité d'exécution, suppression absolue de tout corps étranger, tel est le double but qu'on s'est proposé d'atteindre en imaginant d'appliquer les pinces à demeure à l'hystérectomie abdominale.

Tandis que Jacobs l'essayait à Bruxelles, et inventait un modèle de pince qui saisit d'abord le ligament large par en haut, et dont les branches se démontent, laissent les mors en place et viennent les reprendre ensuite par le vagin, de mon côté j'appliquais des longuettes provisoires sur les ligaments par la voie sus-pubienne, et je leur substituais, après l'ablation de l'utérus, des pinces vaginales définitives. Je ne fis pas autrement pendant toute l'année 1894. Puis, en janvier 1895, pour aller plus simplement et plus vite, je repris la grande pince courbe sur le champ qui nous servait autrefois dans l'hystérectomie vaginale, et je l'introduisis d'emblée par le vagin à la faveur d'une manœuvre qui ne se retrouve chez aucun auteur. Dès ce moment fut fixé dans tous ses termes le procédé nouveau dont je donnai la description à la Société de chirurgie, le 24 avril 1895.

Il faudra que je me décide un jour à le décrire moins sommairement, avec des figures. Permettez-moi de vous en parler encore aujourd'hui, comme à des chirurgiens qui connaissent l'hystérectomie abdominale, et seulement pour mettre en lumière les points qui lui sont propres et le distinguent de tous les autres.

Je ne dis plus qu'il faille se placer entre les jambes de la femme. J'ai trouvé le moyen de me servir du plan incliné, construit de façon à manier facilement les pinces. Je me place d'abord au côté gauche, pour ouvrir le cul-de-sac

antérieur en m'aidant de mon index gauche introduit dans le vagin; puis au côté droit, pour continuer l'opération et appliquer les pinces vaginales de la main droite.

Quand la masse utérine est sortie de la plaie abdominale, il faut du premier coup d'œil juger la situation, voir si les fibromes sont nombreux, comment ils sont placés, sous-péritonéaux, interstitiels, contenus dans le corps utérin sans empiéter sur le col, ou contenus dans le segment inférieur et enclavés dans le petit bassin. Ce serait folie de vouloir s'escrimer à placer immédiatement des pinces sur des ligaments larges, déformés, dédoublés, disparus sous les masses fibreuses. Tous les procédés, d'ailleurs, doivent tenir compte de ces premières difficultés, et modifier avec intelligence le début de leurs manœuvres. On m'a dit que le mien ne serait pas applicable à tous les cas, et, qu'en présence de certaines dispositions, il faudrait varier ma conduite. Cela va sans dire, et un chirurgien qui connaît son métier n'a pas l'idée saugrenue de traiter de la même façon tous les fibromes abdominaux. Il y a de grosses difficultés qui déjouent tous les systèmes. Seulement, si à la moindre gêne on s'écrie : « Vous voyez bien ! je n'aurais pas pu ! » on prouve tout simplement par là qu'on ne sait pas encore la manière de s'y prendre. Et tous les auteurs qui ont un procédé vous diront la même chose. Il faut croire que chacun de ces procédés peut s'employer, avec de l'expérience, dans des cas bien divers, puisque chaque auteur utilise presque toujours le même. Demandez à Martin, à Doyen, à Delagénière.

Le moyen que je conseille pour ramener au type normal les cas atypiques et pouvoir faire ensuite ce qu'on veut, c'est d'enlever tout fibrome qui gêne. Les pédiculés réclament un coup de ciseaux, les interstitiels du corps sont énucléés plus ou moins rapidement suivant leur volume, avec quelques pinces sur les parois de la loge, au besoin sur une corne ; enfin les gros fibromes inclus dans le segment inférieur sont attaqués hardiment par une incision médiane de l'utérus, énucléés ou morcelés patiemment. L'utérus est vidé, devient

flasque et mobile au-dessus du petit bassin; les ligaments larges reparaissent et s'étalent sous vos yeux, leur bord supérieur s'abaisse à volonté. Alors commence l'hystérectomie proprement dite, et vous avez toutes vos aises pour employer le procédé qui vous plaît. N'oubliez donc pas que le premier des temps essentiels de mon procédé, quand la situation l'exige, c'est l'*énucléation préliminaire* des fibromes.

Ensuite vient la taille du lambeau péritonéal antérieur, pour séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis.

Ensuite l'ouverture du cul-de-sac antérieur. Je rase l'utérus avec les ciseaux, pendant que mon index gauche, poussé vers le cul-de-sac, me montre la direction à suivre. Quand la perforation est faite, mon doigt quitte la cavité vaginale et n'y revient plus ; celle-ci, bien entendu, est lavée et aseptique; il n'y a donc, dans cette manœuvre, aucun danger d'infection. Et cependant, que n'a-t-on pas dit sur ces « allées et venues du vagin au péritoine et du péritoine au vagin? » Il y a des objections qui se reproduisent avec une persistance aveugle, sans vouloir rien entendre, et qui deviennent un peu agaçantes; celle-là est du nombre. Il y a beau temps que nous trouvons le vagin facile à nettoyer pour faire une hystérectomie vaginale, et que nous y mettons les instruments, les éponges et les doigts, en même temps que dans le péritoine, pendant une heure de suite et même davantage. Dites abdominale et tout à coup le vagin devient un cloaque où l'antisepsie est inconnue, et rien n'est dangereux comme d'y introduire les pinces.

Le cul-de-sac perforé, j'agrandis l'ouverture en rasant le col, sans donner un coup de ciseaux trop large vers les branches de l'utérine.

J'ouvre le *cul-de-sac antérieur seul*. Je n'ai donc pas à rabattre en avant la tumeur, à disséquer en arrière, à faire saigner déjà la tranche vaginale postérieure ; j'y trouve une économie de temps et d'efforts, l'opération est plus expéditive. Encore un point sur lequel je suis obligé d'insister,

car on n'a pas été long à trouver des auteurs qui faisaient comme moi et avaient sur moi la priorité. Or, ces auteurs ouvrent les deux culs-de-sac du vagin pour y passer chacun des mors ; ils pincent l'insertion vaginale sur le côté du col, puis ils traitent par la ligature la partie supérieure du ligament, et ils ont bien raison, car ils ne peuvent, avec une pareille épaisseur de tissus à la base, embrasser toute la hauteur avec le même instrument. Je ne fais rien de semblable ; mon procédé ne consiste pas « à pratiquer des boutonnières vaginales en avant et en arrière du col, et à introduire de bas en haut une longue pince à forcipressure ». Il est moins simple à décrire et plus facile à exécuter.

Après l'ouverture du cul-de-sac, le moyen de passer en arrière un des mors, c'est de pratiquer, avec la pointe des ciseaux mousses, *un étroit orifice* à la *base* du *ligament large au ras* du col, *immédiatement au-dessus* de l'*insertion vaginale*. En embrassant de la main gauche le ligament, il est facile de trouver le point et de guider les ciseaux ; les termes par lesquels je désigne ce point n'ont rien d'ambigu, mais beaucoup trop de chirurgiens n'en ont pas encore une idée précise, tant il est vrai qu'en pareille matière, pour bien comprendre, il faut voir.

Cet orifice est immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale, et non, comme on a tendance à le faire, dans cette insertion. L'épaisseur des tissus rendrait la perforation plus difficile, et surtout empêcherait la pince de serrer également dans toute sa hauteur et de bien saisir le bord supérieur du ligament large.

Cet orifice est au point précis où nous mettons la première pince dans l'hystérectomie vaginale, celle qui doit saisir le tronc ou les grosses branches de l'utérine. Il est bien au-dessus de l'uretère qui passe obliquement sous le pied du ligament large pour gagner la vessie rejetée vers le pubis. Donc la pince, en traversant l'orifice, prendra l'utérine et évitera l'uretère. La pince, courbe sur le champ, a des mors de 9 à 10 centimètres ; elle a beaucoup de *bande*, pour serrer

à son extrémité aussi bien qu'à sa base, et ne pas lâcher le bord supérieur. Introduite par le vagin, son mors postérieur est présenté à l'orifice, et rien n'est plus facile que de la faire glisser de bas en haut. Le ligament n'a *jamais* trop de hauteur, si le segment inférieur est libre ou si l'énucléation préliminaire a été faite.

On ne peut se faire une idée de l'aisance avec laquelle se pratiquent l'orifice et le passage de la pince, précédés de la seule ouverture du cul-de-sac antérieur. Si l'opération est difficile, c'est au début, pendant les temps accessoires, quand il faut lutter avec la masse et se débrouiller avec les fibromes. Dans mes cas les plus ardus, c'est toujours le pincement des ligaments larges qui m'a donné le moins de peine. Or, ce petit orifice et la manière de placer la pince longue, voilà ce qui, avant tout, caractérise mon procédé et le distingue de tous les autres ; voilà ce qui donne à l'hystérectomie une autre allure, une durée moins longue ; voilà ce qu'il faut bien saisir, quitte à discuter ensuite les avantages que j'y trouve.

Quand les deux ligaments sont pincés, il reste à détacher rapidement l'utérus et à couper en dernier lieu l'insertion postérieure du vagin. Celle-ci donne toujours du sang, quelquefois en assez grande abondance et je tiens absolument à y faire une hémostase complète. Deux ou trois « longuettes de seize », introduites par le vagin, suffisent en général, et je les préfère au tamponnement intra-abdominal. Il m'est arrivé d'avoir quelque peine à les placer ; mais l'usage du plan incliné et la position du chirurgien à droite de la malade, facilitent beaucoup cette dernière manœuvre. On peut aussi fermer ce bord saignant par un surjet de catgut, destiné à la résorption ; ce serait montrer beaucoup d'intransigeance que de voir là une altération du procédé des pinces à demeure, sans ligatures.

Pour le pansement, je n'introduis plus rien par l'abdomen. Je trouve plus commode de placer dans le vagin un écarteur antérieur, et de glisser entre lui et les pinces un tam-

pon d'ouate iodoformée qui affleure la plaie vaginale et la bouche exactement, puis un second et un troisième au-dessous du premier. Après la suture de la plaie abdominale, tout est fini, et le *résultat immédiat est exactement celui d'une hystérectomie vaginale*. Je ne vois pas pourquoi, toutes réserves faites quant aux premiers temps et aux dispositions anormales des fibromes, nous n'aurions pas ici la même sécurité.

Tel est le procédé que, dans ma première communication, j'ai appelé « définitive », ce qui voulait simplement dire que je le préfère à tout autre, et que je ne fais plus de nouvelles recherches, mais non que je refuserai d'adopter ceux qui se présenteront à l'avenir et me sembleront meilleurs. On m'a reproché le mot, surtout parce qu'on a pensé que je voulais dire « exclusif » ; je me suis tout à l'heure expliqué à cet égard.

Pour juger de sa valeur, j'ai déjà demandé la permission de surseoir à l'analyse des faits encore très nombreux que je possède ; les séries courtes ne signifient rien. Permettez-moi seulement de vous dire que plusieurs collègues m'ont vu opérer dans les conditions les plus graves, et que la plupart d'entre eux me semblent près de se laisser convaincre. Quelques-uns m'ont imité avec succès ; je vous citerai MM. Forgue (de Montpellier), Ziembicki (de Lemberg), Gross (de Nancy), Nitot (de Paris).

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE PAR LIGATURES

Par le Dr **Le Bec**,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

Il est incontestable que partout les gynécologues se préoccupent vivement de trouver une modification radicale au traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale pour fibromes. On est unanime à assurer que les anciens

procédés, extra et intra-péritonéal, sont loin d'être l'idéal.

Si l'on veut fixer le pédicule au dehors, on peut avoir à lutter contre un pédicule très court, qui tiraille et s'enfonce. Dans ce procédé la guérison est toujours longue, malgré les abrasions des fragments de pédicule ; la suppuration expose à la septicémie, et plus tard la malade peut avoir une éventration.

Rentre-t-on le pédicule, ce sont d'autres dangers plus graves, l'hémorrhagie par glissement des ligatures mal serrées, et la péritonite septique, ou même l'élimination du pédicule par suppuration à travers le vagin.

Ces périls sont parfaitement reconnus et l'on s'efforce de les conjurer en enlevant tout à fait le pédicule, c'est-à-dire en faisant l'hystérectomie totale.

Reste à trouver un procédé sûr pouvant être appliqué à toutes les formes de fibromes, quels que soient leur volume et leur enclavement.

Au Congrès de chirurgie de 1893 (page 162), nous avons déjà présenté un travail sur l'hystérectomie totale, décrivant un procédé que nous avions appliqué sept fois de 1871 à 1893. Dans ce travail nous parlions de la manière d'utiliser la disposition des vaisseaux dans le ligament large, pour lier les vaisseaux utéro-ovariens isolément. Ensuite, les culs-de-sac étant ouverts, nous placions des pinces longues et fortes sur les parties latérales du col et le moignon central était alors extirpé par le vagin.

Depuis nous avons modifié cette méthode, reconnaissant qu'elle a des inconvénients. D'abord le vagin reste forcément ouvert ; or, quand le péritoine est sain, nous pensons qu'il est préférable de le fermer, ce qui met plus sûrement à l'abri de toute infection et abrège le temps de la guérison. De plus, le pincement des ligaments larges n'est ni facile, ni sûr dans tous les cas, tandis que la ligature pourrait toujours être bien placée.

C'est là l'objection grave que nous faisons au procédé que M. Richelot a présenté à l'Académie de médecine. Si le

fibrome a entraîné les ligaments larges très haut, leur sommet qui contient les vaisseaux utéro-ovariens, glisse hors des pinces, et le sang coule. Si le fibrome a disséqué le ligament large, c'est une autre difficulté, due au déplacement des vaisseaux. Il nous est arrivé d'opérer avec succès un fibrome enclavé dans le ligament large droit (obs. XVIII), les vaisseaux étaient divisés en deux groupes séparés de 5 à 6 centim. de distance. Il était matériellement impossible de les saisir avec une pince longue mise par le vagin, tandis que la ligature isolée des deux groupes fut très facile.

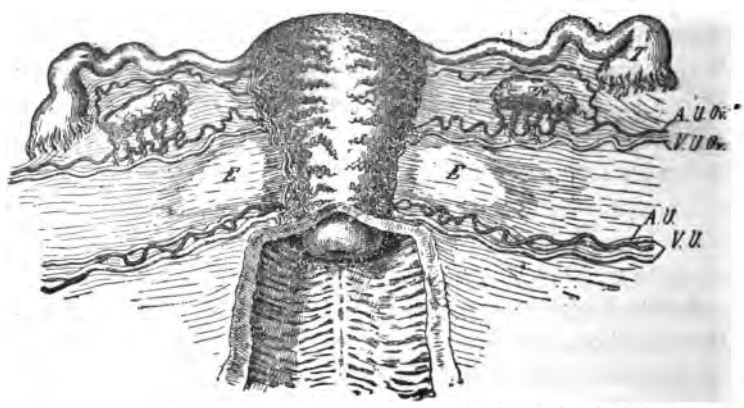


FIG. 1. — Vaisseaux de l'utérus et des annexes, figure demi-schématique. *AU*, artère utérine. — *VU*, veine utérine. — *AU Ov.*, artère utéro-ovarienne. — *VU Ov.*, veines utéro-ovariennes. — *Ov.*, ovaire. — *T*, trompe. — *E*, espace celluleux, triangulaire quelquefois, très haut, dans lequel on passe les premières ligatures.

Enfin s'il y a suppuration des trompes, on est exposé à les crever avec les pinces mises comme le fait M. Richelot. Au contraire, la ligature permet d'enlever ces trompes sans craindre leur rupture.

Voici quel est le procédé qui nous semble applicable à toutes les formes de fibromes.

Le procédé que nous décrivons est basé sur l'état anatomique des ligaments larges et sur la manière dont les vaisseaux artériels et veineux sont disposés dans les ligaments.

C'est là une disposition sur laquelle les traités classiques d'anatomie pathologique n'ont pas insisté.

Les vaisseaux forment deux groupes très distincts. Pour les voir, il suffit de tendre en dehors le ligament large. On distingue alors nettement (fig. 1) :

1° Un groupe externe et supérieur, en haut du ligament large et comprenant les vaisseaux utéro-ovariens ;

2° Un groupe externe et inférieur, accolé à l'utérus situé à la base du ligament.

Entre ces groupes vasculaires existe toujours un espace celluleux, mince, transparent, haut de 3 à 5 centimètres, large de 2 à 3, que l'on voit facilement par transparence. C'est dans cet espace que seront passés les fils qui vont serrer les vaisseaux utéro-ovariens.

Nous avons toujours pu trouver et montrer aux assistants ce triangle où passent les ligatures.

MANUEL OPÉRATOIRE

Avant l'opération, raser et laver la malade. Désinfecter très minutieusement le vagin. Curettage de l'utérus, ou tout au moins du segment inférieur si cela est facile. — (Ce dernier temps n'est pas absolument nécessaire, car nous l'avons souvent omis sans inconvénient.)

Laparotomie. — La tumeur est sortie du ventre. Soulever les annexes. Les tendre fortement en haut et en dehors. Regarder par transparence l'espace cellulaire formant la partie mince du ligament large ci-dessus décrite.

Avec une aiguille de Terrier ou une pince de Lister, y passer deux gros fils de soie.

Le premier sera serré à une certaine distance en dehors de l'ovaire. Il étreindra les vaisseaux utéro-ovariens en dehors de l'ovaire (fig. 2).

Le second, placé en dedans de l'ovaire sur la trompe, empêchera l'hémorrhagie venant de l'utérus. Une forte pince pourra remplir le même but.

Sectionner le ligament entre ces deux ligatures.

La ligature se fait de la même façon pour l'un ou pour l'autre côté.

Lier à droite et à gauche des ligaments ronds (il est plus facile de les lier séparément que de les lier en même temps que les vaisseaux utéro-ovariens).

Disséquer la vessie. Pour cela : inciser le péritoine sur la face antérieure du fibrome de manière à faire un lambeau péritonéal. Disséquer la vessie de haut en bas jusqu'au niveau du col utérin, c'est-à-dire du cul-de-sac vaginal antérieur.

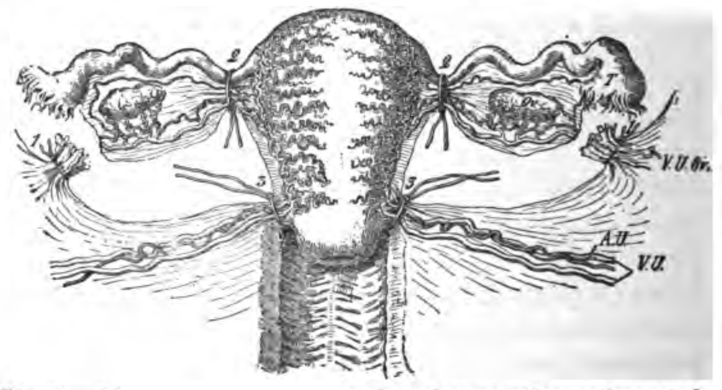


FIG. 2. — Ligatures posées. 1, ligature des vaisseaux utéro-ovariens près du bassin. — 2, ligature des annexes, pour empêcher le reflux du sang de la tumeur, après la section des annexes. — On peut remplacer cette ligature par une pince. — 3, ligature des bases des ligaments larges, formant une anse dans le vagin.

Nous avons toujours très facilement évité les uretères en abaissant fortement la vessie en bas et en avant.

A ce moment, si la tumeur est énorme et gêne par son volume, on peut l'enlever après avoir fait un pédicule avec un lien élastique. Pour cela, enrouler un gros drain deux fois autour de la masse à 6 ou 8 centimètres au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Le fixer solidement. Sectionner horizontalement la masse au-dessus de ce lien constricteur.

Si la masse est peu gênante, la laisser entière.

Perforation des culs-de-sac vaginaux. Passage des fils.

Cul-de-sac postérieur. — Attirer la tumeur sur le pubis. Par le vagin introduire une longue pince courbée (pince à ligament large, par exemple) dans le cul-de-sac postérieur.

Repousser la paroi vaginale, ouvrir la pince de 1 à 2 centimètres. Inciser la paroi entre les mors de la pince ouverte, agrandir l'ouverture en déchirant la paroi postérieure par le large écartement des mors de la pince (5 à 6 cent.).

Cul-de-sac antérieur. — Renverser la tumeur sur le ventre.

Avec la pince déjà introduite dans le vagin, soulever le cul-de-sac antérieur, et l'ouvrir comme il a été fait pour le cul-de-sac postérieur.

Au moment de la déchirure des culs-de-sac, on rencontre parfois des vaisseaux veineux assez gros, et même de petites artères, surtout au niveau du cul-de-sac antérieur. En écartant les pinces pour déchirer les culs-de-sac, on peut rompre ces vaisseaux, ce qui occasionne une légère perte de sang. Rien n'est plus facile que de maîtriser la petite hémorrhagie qui se produit, car on a la déchirure sous les yeux, soit par une ligature, soit à l'aide d'une pince longuette.

Il est essentiel, pendant que l'on perfore les culs-de-sac, de ne pas tordre la tumeur de ce côté, car on risquerait de blesser les veines utérines (voir obs. XI).

Passage des fils.— Introduire la pince vaginale de bas en haut dans la cavité abdominale, à travers l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Saisir l'extrémité d'un long fil de soie forte, l'attirer de haut en bas dans le vagin pendant que l'autre bout est maintenu dans l'abdomen. Repasser la même pince de bas en haut, tenant toujours le fil, par l'ouverture du cul-de-sac antérieur de façon à ramener dans la cavité abdominale l'extrémité du fil dont l'anse comprend alors les vaisseaux utérins.

La manœuvre est la même pour le côté droit ou pour le côté gauche.

Il peut arriver que le fibrome est surtout développé dans le fond de l'utérus. Dans ce cas, l'utérus est allongé. Quand on sort la tumeur du ventre, le vagin est tiré en haut; et quand on a ouvert les culs-de-sac antérieur et postérieur, on voit qu'il est extrêmement facile de passer les fils horizontalement d'une ouverture à l'autre avec une simple pince courbe. Dans ce cas, la partie serrée est toujours très mince (voir obs. XII, XIV et XVI).

La disposition est alors la suivante (fig. 3) : les fils forment

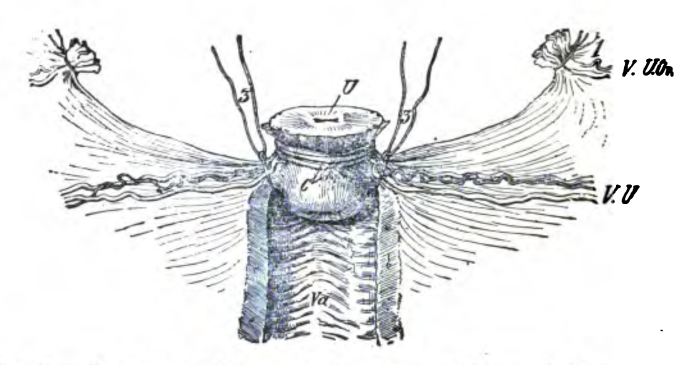


FIG. 3. — La tumeur a été coupée en travers au-dessus du lien de caoutchoux *C* et des ligaments larges (3).

Il reste la région du col (*U*) formant le moignon à enlever. — *VU Ov.*, vaisseaux utéro-ovariens liés en 1. — *VN*, vaisseaux utérins liés en 3. — *Va*, vagin.

à droite et à gauche du col utérin deux anses passant à cheval dans le vagin sur la base des ligaments larges où sont les artères utérines.

Les fils des anses ont leurs bouts relevés dans le péritoine.

Pour assurer l'hémostase, serrer fortement les fils près du col utérin.

Ablation du pédicule.

Si le lien de caoutchouc a été posé, l'enlever.

Fendre en deux le moignon formé par le col en incisant

l'axe de la cavité utérine, ou mieux, si c'est possible, inciser à côté de la cavité utérine sans l'ouvrir. Réduire le volume des deux moitiés en laissant assez de parties molles pour rendre impossible le glissement des ligatures (fig. 4).

Si le lien de caoutchouc n'a pas été posé, si la tumeur est intacte, la couper horizontalement au-dessus des anses latérales serrées, puis inciser verticalement le moignon comme il vient d'être dit.

Si le volume des parties molles destinées à empêcher le

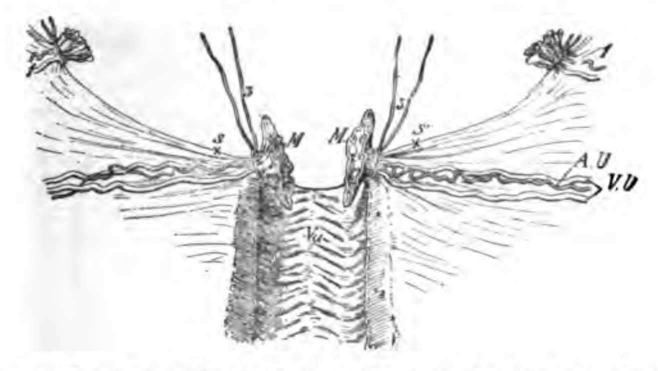


Fig. 4. — Le moignon du col est coupé en deux par la résection de la partie centrale. Il reste deux petits moignons latéraux, *M*, *M*.

1, ligature des vaisseaux utéro-ovariens. — 3, ligature serrant la base des ligaments larges et les vaisseaux utérins. *A U* et *VU*. — *SS'*, points où l'on fera une suture du péritoine.

glissement des ligatures est suffisant, il n'y a pas d'hémorragie possible. J'ajoute que si ce glissement vient à se faire par suite de l'insuffisance des parties molles, on en est averti immédiatement. En regardant par le ventre ouvert, on voit directement l'artère utérine, qui donne du sang, et il est facile de la lier isolément, ainsi que les grosses veines du moignon (fig. 5).

Plus simplement encore, il suffit de placer une seconde anse de fil à côté de la première, et on arrête tout suintement. Cela nous est arrivé deux fois.

Avec une pince introduite par le vagin, saisir les chefs flottants des deux ligatures latérales du pédicule, et les descendre dans le vagin.

Fermeture du péritoine. — Fermer le péritoine au niveau du vagin avec les lambeaux péritonéaux taillés en avant et en arrière du fibrome, avec quelques points de suture conti-

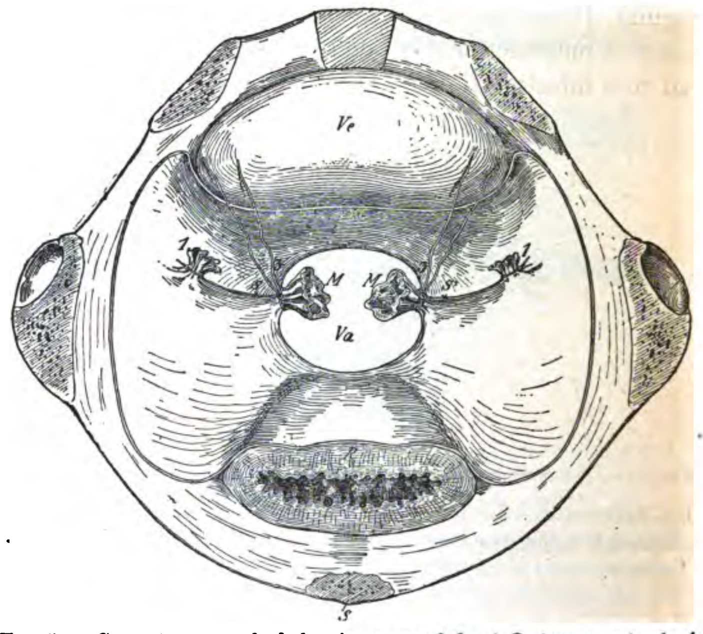


Fig. 5. — Coupe transversale du bassin vue par le haut. La tumeur est enlevée.

Va, vagin. — *M, M*, moignons latéraux provenant du col. — 1, 1, ligatures des vaisseaux utéro-ovariens. — 3, 3, ligatures à la base des ligaments larges. — *R*, rectum. — *Ve*, vessie. — *S*, sacrum.

nue au catgut, faits par le ventre, avec une aiguille courbe (fig. 6 et 7).

Suturer la paroi abdominale.

Pansement. — Nettoyer les caillots qui sont dans le vagi

Il est également très utile de placer un drain en T ent les deux pédicules retournés dans le vagin. Ce drain perm

de faire mieux les lavages antiseptiques au fond de cette cavité. Je regarde ce drain comme absolument nécessaire quand les annexes sont enflammées (obs. XVII), ou quand on a enlevé un utérus cancéreux et que les pédicules ont été faits avec des tissus ayant pu être infectés, comme dans le cas de cancer (obs. XV). C'est depuis l'accident arrivé à la malade (obs. X) que j'ai reconnu la nécessité de ce drain vaginal. Il est important de bien faire ces lavages, pour éviter la putréfaction des liquides vaginaux, qui déterminerait une infection grave.

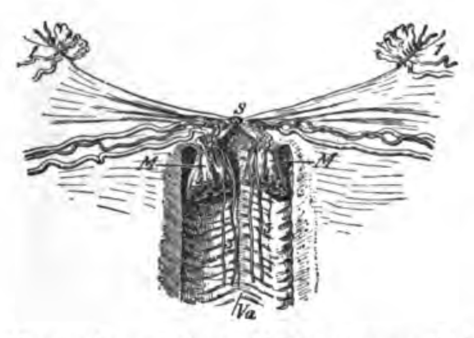


FIG. 6. — Les deux moignons latéraux *M*, *M*, sont renversés dans le vagin. 1, 1, ligatures des vaisseaux utéro-ovariens. — 3, 3, ligatures des bases des ligaments larges. Les fils sont descendus dans le vagin. — S, suture du péritoine.

On coupe les fils par le vagin le 15e jour. Si les nœuds des fils sont peu visibles, il suffit de découper le petit moignon sphacélé par petits morceaux, avec une longue pince à griffes et des ciseaux courbes, et les fils ne tardent pas à tomber.

L'occlusion du péritoine pelvien est nécessaire, quand on a affaire à des cas simples, c'est-à-dire sans inflammation des annexes.

Cette suture du péritoine pelvien a des contre-indications formelles :

1° Quand le fibrome est compliqué de suppuration pelvienne ;

2° Quand il y a eu de la pelvi-péritonite ancienne et que l'on a dû détruire de vastes adhérences. Dans ce cas l'opération est suivie d'une exsudation séreuse sanguine énorme qui peut s'accumuler dans le péritoine et déterminer des accidents (V. obs. XVII).

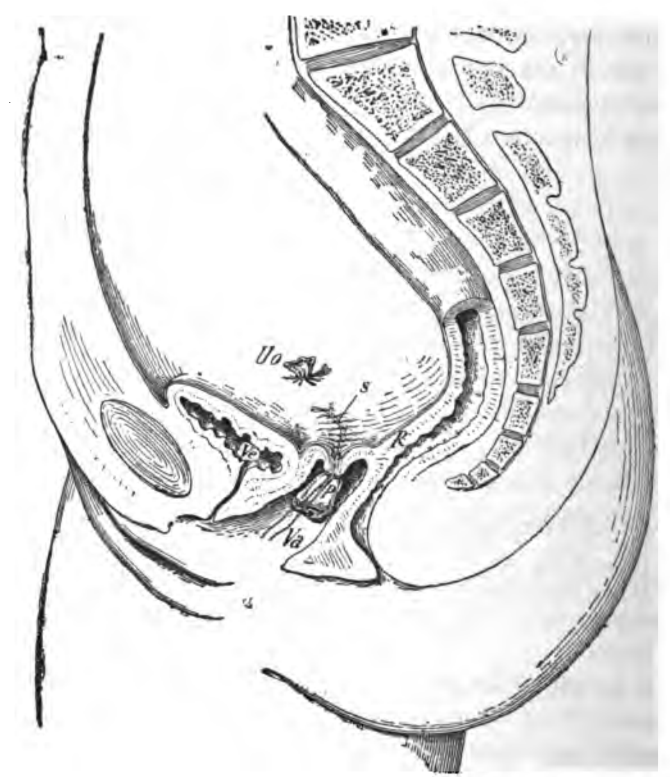


FIG. 7. — *Uo.*, vaisseaux utéro-ovariens. *Va.*, vagin. — *R.* rectum. — *Ve*, vessie. — *P.* pédicule renversé dans le vagin. — *S*, suture du péritoine pelvien.

Il est avantageux dans ces deux cas de ne pas fermer le péritoine, mais de placer un drain en croix ou double dans le cul-de-sac de Douglas. Il suffit de le laisser 48 heures et toute sécrétion pelvienne a alors cessé.

Dans les cas, rares à la vérité, de fibrome compliqué de cancer de l'utérus, cette méthode a un grand avantage. L'hystérectomie vaginale est souvent impossible, à cause de la friabilité du segment inférieur cancéreux et du volume trop grand du fibrome qui ne permet pas l'abaissement : tel est le fait de l'observation XV. Dans ces cas, par le ventre on pose les ligatures avec certitude à une distance suffisante de l'utérus cancéreux, et l'on peut disséquer assez facilement la vessie de haut en bas pour éviter les uretères. C'est ce que nous avons fait dans notre observation.

Nous ne présentons que 18 cas opérés par ce procédé parce que nous avons vu bien d'autres fibromes qui ne nous ont pas paru devoir être enlevés par cette méthode.

Sur ces 19 cas, 16 ont guéri sans incidents. Une première (obs. VIII) est morte d'une hémorrhagie d'une artère vaginale, dont le fil a été trouvé dénoué dans une injection. C'est là un malheur dû à ce que le fil avait été coupé trop court au ras du nœud, ce qui lui a permis de se défaire. Cet accident est facile à éviter et peut se produire dans toutes les opérations. Une seconde (obs. X) est morte faute de soins. En mon absence le drainage vaginal et les injections n'ont pas été faits. J'ai trouvé au retour le vagin plein d'un pus infect, et la malade a eu des accidents de septicémie, mais sans péritonite. Ce qui prouve l'excellente fermeture du péritoine.

La malade de l'observation VIII a eu une rechute d'entérite glaireuse, dont elle avait déjà beaucoup souffert. Elle est morte un mois après l'opération, du reste sans aucun incident du côté du péritoine, ni des pédicules.

Dans aucun cas mortel il n'y a eu d'accident du côté des pédicules, ni des vaisseaux utéro-ovariens, ni de la vessie, ce qui est essentiel pour le procédé.

J'ajoute que, dans les cas de fibrome compliqué de cancer utérin, l'hystérectomie totale par ligature donne une sécurité absolue pour la pose des ligatures en dehors des tissus malades (V. obs. XV).

Un autre avantage de cette opération est le peu de perte de sang. Cet avantage est précieux quand les malades sont très affaiblies et incapables de supporter une hémorrhagie même légère. Elle a donc un avantage sur l'hystérectomie vaginale peur fibrome, qui entraîne fatalement un écoulement sanguin, quelquefois dangereux.

OBSERVATIONS

Obs. I. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 3 centimètres.* — C..., concierge, 40 ans. Hémorrhagies graves.

Examen. — Tumeur régulière, médiane, dépassant l'ombilic de 3 centimètres, remplissant les fosses iliaques, rénitente, presque fluctuante.

A droite on sent l'ovaire.

Toucher: On sent la tumeur dans le cul-de-sac antérieur; en ce point la tumeur est ligneuse.

Col abaissé. Hystéromètre se dirige en arrière.

Opération, le 7 juillet 1893. — Ablation par hystérectomie totale sans incidents. Fermeture du péritoine.

Pendant trente heures vomissements de chloroforme qui cèdent à un lavage d'estomac.

P. 120. Temp. 37° et 37°,5.

Météorisme abdominal qui cède à deux lavements glycérinés.

Etat général bon, pas de choc ni de douleurs dans le bassin.

Fils retirés le 10e jour.

La malade nous a écrit en octobre 1894 que sa santé est excellente.

Obs. II. — *Fibromes dépassant l'ombilic de 7 centimètres.* — Mad. C..., Irlandaise, 30 ans. Antécédents bons.

Etat actuel mauvais, — grand épuisement. A essayé de nombreux traitements.

Fibrome montant à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, remplissant le ventre.

Opération, 25 juillet 1892. — Laparotomie. Tumeur énorme, trè vasculaire, formée de masses irrégulières, dont quelques-une sont pédiculées. Le fibrome est enclavé dans le petit bassin.

Il est impossible de le mobiliser. Avec peine, par suite de l'en clavement de la tumeur, je pratique la ligature des vaisseau

utéro-ovariens suivant mon procédé. Je place sur la tumeur un premier lien circulaire, qui permet d'enlever une certaine portion de la tumeur, puis un second à deux travers de doigt sous le premier. La tumeur peut être alors mobilisée.

Perforation des culs-de-sac, passage des fils, ablation des pédicules, fermeture du péritoine. Durée : 1 h. 10.

Suites opératoires. — Pouls petit et rapide pendant trois jours, 110 à 100 pulsations. Température 37°.

Troubles gastriques cédant au lavage de l'estomac,

Fils enlevés le 10e jour.

État général se relève rapidement. La malade nous a écrit en octobre 1894. Elle n'éprouve aucune douleur du côté du ventre et a repris depuis longtemps sa vie ordinaire.

Obs. III. — Femme G..., 41 ans, femme de ménage. Père mort d'un cancer de l'estomac, Pas de grossesse.

Hémorrhagie débutant il y a 4 ans. A subi des traitements variés.

Examen. — Ventre tendu, peu douloureux, tumeur dépassant l'ombilic. Toucher : col en arrière, mou, ouvert. On sent une masse molle, fongueuse, sensible, qui sort par le col. On peut introduire le doigt entre le bord antérieur du col et la masse qui semble avoir une insertion sur la partie latérale gauche de l'utérus. Le toucher est douloureux et provoque un saignement abondant, mais sans odeur.

État général. — L'amaigrissement est très grand, les forces sont nulles, le teint est couleur de cire. Œdème des jambes quand la malade reste levée. Veines des membres inférieurs développées ; le saphène interne est sensible.

Opération, 20 octobre 1893. — Nombreuses adhérences péritonéales, surtout du côté de l'ovaire gauche, où les vaisseaux sont extrêmement développés. Je passe beaucoup de temps à détruire les adhérences. Ouverture des culs-de-sac, passage des fils. Enlèvement du pédicule. Fermeture complète du péritoine.

La malade était très faible, on fit immédiatement une injection sous-cutanée de 100 grammes de sérum artificiel.

Le lendemain, grande faiblesse. Pouls 110 ; température 36°,2. Injection 100 grammes de sérum.

Deuxième jour : Pouls 60, même traitement, ventre un peu ballonné.

Quatrième jour : Pansement vaginal iodoformé est retiré. On

fera matin et soir une injection vaginale de 4 litres d'eau avec sublimé au 0,0004, à 25 centigrammes par litre.

Cinquième jour : Diarrhée fétide et abondante. L'état général est cependant meilleur ; la malade demande à se nourrir.

Quinzième jour : Les fils vaginaux tombent spontanément.

Dix-huitième journée : Phlébite de la veine saphène droite.

Vingt-sixième jour : L'état général est moins bon ; il se relève plus tard et la malade sort guérie six semaines après l'opération.

Obs. IV. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 7 centimètres.* — Emma C..., concierge, 41 ans.

Tumeur remontant à 9 ans. Traitement électrique sans résultat pendant 2 ans 1/2. Fortes hémorrhagies qui se renouvellent d'une façon presque continue du mois de mars au mois d'août 1893.

Tumeur dure, plus développée à droite qu'à gauche, remplissant toute la fosse iliaque droite, remontant à 7 centimètres au-dessus de l'ombilic, mobile et indolore. Col très en arrière, déformé. La tumeur remplit le cul-de-sac antérieur. L'hystéromètre ne pénètre qu'à 5 centimètres.

Opération, 5 novembre 1893, sans incident particulier.

Ablation du moignon par l'abdomen. Fermeture soigneuse de tout le péritoine pelvien.

Durée totale : 50 minutes.

Deuxième jour : Shock traumatique manifeste, le pouls est très faible. Température 37°,2.

Vomissements dus au chloroforme.

Troisième jour : Pouls 70.

Les fils vaginaux tombent d'eux-mêmes au bout d'un mois.

La malade sort complètement guérie.

Nous avons revu cette malade en septembre 1893. La guérison est très bonne. Aucun phénomène douloureux.

Obs. V. — *Fibrome couvrant l'épigastre.* — Marie D..., 26 ans. La tumeur fibreuse a été constatée il y a 4 ans ; actuellement elle s'étend du pubis au creux épigastrique ; la circonférence du corps est de 92 centimètres. La malade est maigre, très affaiblie. Je la prépare par des injections sous-cutanées journalières de 50 grammes de sérum et de deux milligrammes d'arséniate de strychnine.

Opération, 18 décembre 1893. — L'énorme tumeur apparait comme enlacée dans un réseau de grosses veines qui couvrent

sa surface. Ces vaisseaux sont du volume d'un crayon. Des grappes semblables à de la gelée de pommes y sont appendues, formées par les lymphatiques hypertrophiés.

La ligature des adhérences vasculaires prend un temps considérable.

Ligature des vaisseaux utéro-ovariens. Dissection de la vessie. A ce moment une petite artériole de la paroi vaginale est ouverte; elle est pincée et je pratique la torsion. Un lien élastique est placé autour de la tumeur, j'en enlève la partie la plus volumineuse. Perforation des culs-de-sac antérieur et postérieur. Passages de gros fils de soie. Le moignon cervical est enlevé. Suture complète du péritoine pelvien. — Durée : 1 h. 15.

Premier jour : Vomissement de chloroforme. Pouls 130. Température 37°,8. Ventre souple.

Deuxième jour : Pouls 130, petit, irrégulier. Ventre souple. Léger écoulement rosé par le vagin.

Troisième jour : Pouls 120. Température 37°,2. Ventre souple, indolore. L'écoulement vaginal signalé la veille est plus abondant.

Le tampon vaginal est retiré. Au spéculum, on voit un caillot liquéfié.

Cette petite hémorrhagie provient de l'artériole ouverte au moment de l'ouverture du cul-de-sac antérieur et dont la torsion n'a donné qu'une hémostase imparfaite.

Injection de sublimé au millième. Nouveau pansement à la gaze iodoformée.

Quatrième jour : L'état général est complètement remonté, la gaze vaginale est retirée ; la malade est soumise à deux injections phéniquées par jour. Les fils vaginaux sont retirés le quatorzième jour.

Vingtième jour : L'examen au spéculum fait voir au fond du vagin les deux petits pédicules de la grosseur d'une petite noisette. Au toucher, on sent une voûte très résistante et indolore.

La malade nous écrit en octobre 1894 qu'elle se livre sans fatigue aux travaux des champs.

Obs. VI. — Philomène M..., 36 ans, opérée par moi, d'une hernie le 11 novembre 1893.

Tumeur dépassant le pubis de 12 centimètres, mobile. Douleurs continuelles empêchant tout travail. Depuis quelques mois,

accroissement rapide du fibrome, ce qui décide l'intervention.

Opération, 10 janvier 1894. — Laparotomie. Extraction de la tumeur. L'ovaire et la trompe à droite sont mobiles.

Je constate alors que le fibrome est infiltré dans le ligament large et que les vaisseaux utéro-ovariens sont placés très haut à la partie supérieure de la tumeur. Ligature des vaisseaux utéro-ovariens, des ligaments ronds. Dissection de la vessie. Perforation des culs-de-sac. Passage des gros fils de soie, ligature des bases de ligaments larges. Formation du pédicule.

A ce moment il se produit un incident; un aide tire trop fortement sur la tumeur. Il en résulte que le fil placé sur le vagin glisse, l'artère utérine donne du sang. Je la saisis facilement avec une longue pince et je lie isolément. Le pédicule est reconstitué de suite.

Deuxième jour : Température 36°,7. Pouls 130, petit et irrégulier. Vomissements dus au chloroforme. Toux fréquente. Injection de caféine.

Troisième jour : Pouls 130. Température 37°,4. État général se relève. Caféine.

Quatrième jour : Pouls 100, est régulier et bien frappé. Champagne, lait.

La mèche vaginale est retirée. On fait deux injections vaginales par jour. Fils vaginaux enlevés le onzième jour. Guérison rapide.

Obs. VII. — Henriette K..., 35 ans. *Deux fibromes mobiles à la partie supérieure de l'utérus, dépassent l'ombilic.* D'autres fibromes sur les parties latérales dans le petit bassin.

Opération, 3 août 1844. — La seule différence a été l'extraction de la tumeur qui était fortement enclavée dans le bassin et qu'il a fallu tirer, avec une grande force. La ligature des vaisseaux utéro-ovariens n'a pas été difficile. Fermeture du péritoine pelvien.

Premier jour : Abattement, diarrhée infecte et sanguinolente. Pouls petit, irrégulier.

Deuxième jour : Purgation légère et, le soir, benzonaphtol. Injection sous-cutanée de caféine. Digitale le soir.

Troisième jour : Température 37°,2. Pouls 120, régulier. Même traitement.

Quatrième jour : Diarrhée légère. Nausées, lavage de l'estomac

Cinquième jour : Bon sommeil. État général bon. Pansement vaginal est retiré. Injections matin et soir. Guérison rapide.

La malade est revenue le 10 octobre. Elle est en excellent état de santé.

Obs. VIII. — Juliette Ch..., 41 ans. Fibrome hydorrhéique irrégulier, *dépassant l'ombilic de 6 centimètres*, remplissant tout le bassin, les fosses iliaques et repoussant le vagin. État général bon.

Opération, 22 juin 1894. — Laparotomie. Incision dépassant l'ombilic de 6 centimètres.

Durée : 1 minute 40 secondes.

Énucléation de la tumeur. Elle est allongée, irrégulière, avec un fibrome surajouté en haut et à droite. Ligaments larges allongés, aplatis contre la tumeur, contenant des veines énormes et des vaisseaux lymphatiques très dilatés presque de 1 centimètre de diamètre.

Durée : 2 minutes.

Ligature difficile des vaisseaux utéro-ovariens.

Durée : 11 minutes.

Ligature des ligaments ronds.

Durée : 4 minutes.

Décollement de la vessie.

Durée : 2 minutes.

Perforation des culs-de-sac : postérieur, 3 minutes ; antérieur, 3 minutes. Une grosse artère est liée sur la paroi vaginale antérieure.

Passage des fils et ligature des bases des ligaments larges : 4 minutes.

Section de la tumeur au-dessus du col : 1 minute.

Ablation du moignon : 2 minutes.

Renversement du moignon dans le vagin : 2 minutes.

Suture du péritoine pelvien : 10 minutes.

Fermeture du ventre : 10 minutes.

Premier jour : Vomissements de chloroforme fréquents. Pouls 90 à 100. Facies bon.

Deuxième jour : Suintement léger vaginal. Vomissements. Lavage de l'estomac les arrête.

Troisième jour : Pansement vaginal. Il suinte du sang. On enlève des caillots assez abondants. Il semble que le sang est arrêté.

Quatrième jour : Vomissements légers. État général semble meilleur. Ventre un peu sensible.

Cinquième jour : Vomissements deviennent porracés. Ventre sensible.

Pansement vaginal. Je découvre dans le fond du vagin un amas de caillots énormes et ayant de l'odeur. Ils sont enlevés par une injection douce, qui ramène un catgut dénoué. C'est celui qui a été placé sur l'artère vaginale et qui a déterminé cette perte de sang. C'est du reste le seul employé pendant toute l'opération.

Ce pansement a beaucoup fatigué la malade. P. 120, petit et irrégulier.

État général mauvais.

Soir : Pouls petit et filiforme ; facies grippé, hoquet.

Sixième jour : Même état matin et soir. Mort.

Autopsie — Péritoine grisâtre, poissonneux, enflammé, adhérent partout dans le bassin.

Entre la vessie et le rectum, énorme caillot sanguin, en partie liquéfié.

Les ligatures des vaisseaux utéro-ovariens et des pédicules sont visibles et parfaitement intactes.

La cause de la mort est des plus nettes. Hémorrhagie par chute de la ligature au catgut de l'artère de la paroi vaginale ; décomposition du caillot vaginal et péritonéal et péritonite généralisée.

Obs. IX. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 5 centimètres.* — Marie Prad..., 40 ans. Début de la tumeur il y a quatre ans. A été traitée par M. Verneuil et refusa une opération indiquée par ses souffrances.

Traitée par M. Apostoli pendant plusieurs mois. Le traitement électrique échoua à cause des altérations kystiques du fibrome.

Tumeur dépasse l'ombilic de 5 centimètres, remplit les fosses iliaques. En avant et en haut elle est pâteuse, fluctuante ; tout en haut, elle est dure et irrégulière.

Opération, 16 octobre 1894. — Laparotomie. Il faut détruire de fortes et nombreuses adhérences péritonéales avant de pouvoir sortir la tumeur. L'ovaire droit a la forme d'une longue bande aplatie haute de 8 centimètres, large de 3, et collée contre la tumeur par des adhérences, que je détruis sans trop de peine. Le reste de l'opération est court. Il faut mettre un lien de caoutchouc en travers de la tumeur qui est développée dans le segment

inférieur de l'utérus. Perforation des culs-de-sac et formation des pédicules latéraux. Suture du péritoine pelvien.

Premier jour : Pouls 100. Malade est déprimée. Injection de sérum artificiel, 100 grammes.

Deuxième jour : État excellent. Pouls, 96, bien frappé. T. 37°,3.

Quatrième jour : Pansement vaginal. Injections matin et soir.

Douzième jour : Fils enlevés. — Guérison.

OBS. X. — Félicité Duj..., 42 ans.

Tumeur ayant débuté il y a trois ans, s'est développée rapidement pendant les derniers mois. Elle détermina des douleurs et des pertes utérines sanglantes et aqueuses. Volume dépasse l'ombilic et envahit les fosses iliaques.

Opération, 22 octobre 1894. — Hystérectomie abdominale totale. Tout marche rapidement, comme un cas simple. Le péritoine du petit bassin est soigneusement suturé.

Pansement vaginal le deuxième jour. J'ordonne de faire des injections vaginales matin et soir.

Malheureusement je fus appelé deux fois hors de Paris pendant les dix jours suivants, et mes prescriptions ne furent pas bien suivies; à cette époque je ne plaçais pas de drain vaginal. Voici ce qui se passa en mon absence :

Quatrième jour : Vomissements fétides, lavage de l'estomac sans grand effet.

Cinquième jour : Même état.

Sixième jour : Mieux se manifeste. Le ventre ne fait pas mal, la malade a de la fièvre tous les soirs.

Je reviens le huitième jour.

La malade se plaint de souffrir dans le vagin. Je pratique un examen au spéculum et je découvre, dans le fond du vagin, une vaste collection de pus infect. Il est évident que, pendant mon absence, les injections vaginales étaient mal faites. Je fais un nettoyage de la poche au sublimé et je mets de la gaze iodoformée.

Dixième jour : Même pansement. État mauvais. Fièvre hectique. T. 39°,8. Diarrhée.

Quatorzième jour : Mort par septicémie, sans péritonite.

Autopsie. — Ne fut pas admise.

Cette malade est morte de septicémie due à la stagnation des liquides qui s'étaient décomposés dans le vagin, parce que les

injections étaient mal faites, et ne pénétraient pas assez loin. C'est là un accident qui nous arrive pour la première fois, et qu'il est facile d'éviter. Il est dû uniquement à de la négligence dans le service et à l'absence du drain vaginal.

OBS. XI. — *Fibrome dépassant l'ombilic de* 8 *centimètres.* — Perrine Jeha..., 41 ans. Trois enfants, bonnes couches. Début de la tumeur il y a huit ans, mais augmentation rapide depuis deux ans.

Métrorrhagie toutes les trois semaines.

Douleurs violentes.

Pendant les trois semaines que la malade est restée à l'hôpital, le fibrome a grossi.

Utérus mobile, abaissé par une tumeur remplissant le bassin, molle, un peu fluctuante. Cette masse dépasse l'ombilic de 8 centimètres et remplit les fosses iliaques. Elle est mobile.

Le ventre a 61 centimètres de circonférence à l'ombilic, et est plus développé à gauche qu'à droite.

Opération, 25 novembre 1894. — Laparotomie. Le fibrome, sorti du ventre, avait 25 centimètres de diamètre. Il y avait des adhérences de l'épiploon. Au moment de la perforation du cul-de-sac antérieur, il s'est produit un incident. Un aide tordait involontairement la masse et je fis la perforation du cul-de-sac, non sur la ligne médiane, mais dans le milieu dn ligament large droit, ce qui me fit ouvrir une grosse veine, que je dus lier à part.

Le reste de l'opération fut normal. Suture du péritoine pelvien.

Le fibrome était une tumeur à géodes, remplie de vacuoles pleines de liquides visqueux, verdâtre.

Guérison sans incident. Fils vaginaux retirés le onzième jour.

OBS. XII. — *Fibrome dépassant l'ombilic de* 10 *centimètres. Poids,* 3,500 *grammes.* — Marie Boul..., 35 ans. Santé a été autrefois très mauvaise. Elle a eu une méningite, variole, érysipèle, coqueluche, rhumatisme articulaire, bronchites graves, et surtout une entérite chronique qui avait des rechutes à chaque maladie grave.

Début du fibrome il y a quatre ans, Pertes pendant quinze jours. Douleurs violentes dans tout le ventre. Signes de compression de la vessie et du rectum. Tumeur montant à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic, molle, un peu mobile, remplissant les fosses iliaques.

Hystéromètre pénètre à 18 centimètres. Toucher : col très haut, petit. On sent à peine le fibrome par le toucher.

Opération, 19 novembre 1894. — Ligature des vaisseaux utéro-ovariens facile.

Perforation des culs-de-sac facile. Comme le fibrome est très élevé et que le vagin est très étiré en haut, il est facile de passer les fils du cul-de sac postérieur dans l'antérieur directement d'avant en arrière sans être forcé de descendre la pince dans le vagin, ce qui abrège l'opération.

Suture du péritoine pelvien.

Le fibrome pèse 3,500 grammes. Il est farci de cavités ou géodes pleines et d'un liquide albumineux gélatiniforme.

Deuxième jour : Je retire la mèche vaginale et on fait des injections phéniquées matin et soir.

Troisième jour : Diarrhée séreuse qui cède le sixième jour.

Dixième jour : Ligatures du pédicule enlevées. Diarrhée grave a repris. Ventre souple.

Onzième jour : Intolérance alimentaire. La malade est reprise de gastro-entérite, et ne peut s'alimenter.

Dix-huitièmejour : On donne de grands lavements d'eau boriquée de 4 litres qui semblent faire un peu de bien.

Vingt et unième jour : Mieux.

Vingt-troisième jour : Vomissements reprennent. Le vagin est examiné ; il est sec et ne suppure pas. Régime lacté.

Vingt-huitième jour : Éruption généralisée, comme varioloïde. Diarrhée.

Trente et unième jour : Mort de gastro-entérite. Le ventre souple sans péritonite et sans suppuration vaginale. — Autopsie ne fut pas permise.

Obs. XIII. — *Fibrome dépassant l'ombilic de* 3 *centimètres.* — Augustine Ba..., 35 ans. Deux enfants.

Début de l'affection actuelle, un an.

Douleurs violentes, continuelles dans le ventre ; hémorrhagies abondantes entre les règles.

Tumeur dépassant l'ombilic de 3 centimètres, envahissant les fosses iliaques, dure, peu mobile, faisant corps avec l'utérus. Cul-de-sac antérieur rempli par la tumeur. Hystéromètre pénètre à 12 centimètres.

Opération, 21 décembre 1894. — Hystérectomie abdominale

totale. Fibrome très enclavé, difficile à soulever. Vessie remontant très haut. Passage des fils dans les culs-de-sac, facile. Suture du péritoine pelvien.

Guérison sans incident au quatorzième jour, comme dans un cas simple.

Obs. XIV. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 4 centimètres.* — Mlle Gabrielle Pr..., 28 ans, de Saint-Ouen. Réglée à 12 ans. A 20 ans, fièvre typhoïde grave. A 25 ans, douleur dans le ventre qui augmente de volume lentement ; pertes abondantes et douloureuses. Mictions fréquentes, et alternatives de forte constipation. Signes manifestes de compression des organes du bassin.

Examen. — Ventre volumineux, pointu en avant. Au palper, on sent une tumeur dépassant l'ombilic de 4 centimètres, et remplissant à moitié les fosses iliaques. Elle est assez mobile de haut en bas. La malade est vierge et le toucher vaginal n'est pas fait.

Opération, 4 janvier 1895. — Lavages antiseptiques et toucher sous chloroforme. On sent le fibrome très haut. Laparotomie.

On retire un fibrome de forme régulièrement arrondie, occupant tout l'utérus, haut placé et ayant fortement étiré le vagin en haut. Il existe des adhérences de l'intestin à la tumeur. Ces adhérences sont de larges brides celluleuses, faciles à détruire.

Je fais les ligatures des vaisseaux utéro-ovariens.

Les culs-de-sac vaginaux sont perforés facilement, et comme la tumeur a étiré le vagin, il est très facile de passer les deux ligatures des bases des ligaments larges d'avant en arrière, de la perforation postérieure dans l'antérieure, sans descendre la pince dans le vagin.

Suture du péritoine pelvien.

Les fils furent enlevés le treizième jour, avec assez de peine à cause de l'étroitesse du vagin.

Obs. XV. — *Fibrome et cancer du corps de l'utérus.* — Lomb.., 51 ans. Réglée à 15 ans, avec difficulté ; les règles duraient 8 à 10 jours. Un enfant a 21 ans.

Couche mauvaise, perte abondante le quinzième jour. Est obligée de s'aliter deux mois.

A 39 ans, fièvre typhoïde et rhumatisme à 48 ans ; les pertes utérines augmentent. Elle consulte le Dr Apostoli qui constate un fibrome du volume d'une orange et fait un traitement électrique.

Elle est améliorée, reprend son travail : mais les règles restent longues et abondantes.

En janvier 1884, les pertes sont plus abondantes, douloureuses et odorantes. La marche devient pénible, les douleurs vives irradient dans tout le bassin et les jambes. La malnde cesse le traitement.

En décembre 1894, M. Apostoli tente un curettage et reconnaît un cancer du corps de l'utérus.

Il envoie la malade à Saint-Joseph.

État. — Masse sur la ligne médiane, atteignant l'ombilic, dure, mobile, peu sensible. On ne sent pas les annexes.

Au toucher, col abaissé, volumineux, entr'ouvert. On sent au doigt une masse fongueuse, en partie dure et en partie friable, à odeur infecte. Cet examen est douloureux.

Le rectum est comprimé. Il y a des signes de compression de la vessie.

La malade est pâle et affaiblie.

Opération, 10 janvier 1895. — Laparotomie. Je trouve une grosse tumeur fibreuse partant du fond de l'utérus et une petite à gauche. Nombreuses adhérences de l'épiploon et même de l'intestin grêle. Les annexes sont très haut et très en arrière de la tumeur.

Ligatures faciles à placer.

Le pédicule est fait en plein tissu cancéreux. Je place des nouvelles ligatures sur les bases des ligaments larges en me tenant soigneusement à distance du cancer, dont on voit facilement les limites en regardant par l'abdomen.

J'enlève ensuite soigneusement tout le pédicule cancéreux et je ne laisse que des parties ayant un aspect parfaitement sain.

Suture du péritoine pelvien.

Guérison sans incident.

Obs. XVI. — Jo..., 52 ans. Réglée à 15 ans. Nullipare.

A 34 ans, sent pour la première fois des douleurs dans le ventre. Règles régulières, peu douloureuses.

Consulte en novembre 1893, parce que le ventre grossit sans cesse. Elle se plaignit de douleurs avec irradiations douloureuses dans les aines, avec sensation de pesanteur.

En dehors des règles, elle perd un liquide aqueux, abondant, légèrement teinté, qui fait penser à une tumeur fibreuse à petites géodes.

Examen. — Tumeur médiane atteignant l'ombilic, large de 20 centimètres, mobile de haut en bas et transversalemeut, peu sensible. On ne sent pas bien les annexes.

Opération, 13 janvier 1895. — Je trouve un fibrome développé dans le fond et la paroi antérieure de l'utérus, avec de petites tumeurs surajoutées. L'opération n'offre rien de particulier. Je passe facilement des ligatures d'avant en arrière, sans descendre dans le vagin comme dans l'observation XIV.

Suture du péritoine pelvien.

Le 26, la malade est très bien et en voie de guérison.

Obs. XVII. — *Fibrome adhérent suite d'une opération antérieure.* — Agathe Lan..., 43 ans. Réglée à 14 ans, une seule fausse couche. Rhumatisme aigu, 23 ans à 36 ans, Règles s'allongent et durant 10 jours. A 39 ans, suppression des règles pendant six mois et douleurs très violentes. A 40 ans (1891), le ventre grossit rapidement. Elle rentre dans le service du professeur Terrier et M. Hartmann lui fait une laparotomie et retire, dit la malade, un fibrome de deux pouces (?). A la suite la cicatrice se désunit et la malade reste deux mois et demi à se guérir.

Juin 1894 : L'opération ne l'a pas soulagée : le ventre continue à grossir. Elle va trouver le Dr Apostoli, qui l'améliore en 18 séances.

Décembre 1894 : Hémorrhagie, douleurs vives irradiées dans tout le ventre qui pointe en avant.

En 1895 : Elle entre à Saint-Joseph. État actuel : Ventre proéminent. Tumeur médiane dépassant l'ombilic de 3 centimètres. Col élevé. Hystérométrie, 12 centimètres. Phénomènes de compression du rectum et de la vessie. Urines épaisses, troublées par l'albumine.

Cicatrice du ventre irrégulière et adhérente au fibrome.

Opération, 21 janvier 1895. — Ouverture du ventre difficile dans le tissu cicatriciel. Adhérence totale du fibrome à la paroi antérieure. Nombreuses adhérences par bandes fibreuses dures à l'épiploon, à l'intestin grêle et au rectum. La vessie est très remontée et très adhérente ; elle est d'une dissection très difficile.

Je ne trouve pas les annexes droites ; les gauches sont faciles à enlever.

Ligature difficile des vaisseaux utéro-ovariens. La tumeur est soulevée et la perforation des culs-de-sac se fait assez facilement.

Suture du péritoine pelvien difficile, car les adhérences l'ont déchiré en plusieurs endroits.

Pansement : Comme le vagin suinte, je place une éponge iodoformée au lieu d'un drain.

Fibrome est du volume d'une tête petite d'adulte, irrégulière. Elle occupe le fond de l'utérus. A la coupe, il y a des espaces élargis et kystiques.

Deuxième jour : Éponge est enlevée. Lavage et drainage du vagin.

Quatrième jour : Pendant la nuit le ventre a grossi. Douleurs, signes de réaction péritonéale, facies pâle. Je pense à un épanchement de sérosité intra-péritonéale, dû aux adhérences. Je mets un spéculum et j'ouvre la suture du cul-de-sac postérieur. Il coule de la sérosité rouge. Je place un gros drain à 12 centimètres dans l'intérieur du ventre. Il coule toute la journée de la sérosité.

Sixième journée : La sérosité ne coule plus. Je fais une légère injection phéniquée qui sort propre. Le drain est enlevé du cul-de-sac de Douglas et mis dans le vagin seulement.

Ventre n'est plus ballonné ; peu de douleurs. État général bon.

Septième jour : Mieux s'accentue.

Dixième jour : La malade va bien.

Quinzième jour : Les fils vaginaux sont enlevés.

Obs. XVIII. — *Gros fibrome dépassant l'ombilic de 7 centimètres, infiltré dans le ligament large droit.* — Caroline Bæh..., 47 ans, de Rudeheim. Début il y a sept ans; hémorrhagies, règles très longues, 8 à 10 jours, avec d'énormes caillots. Phlébite des deux jambes, puis, pertes odorantes. État général peu satisfaisant.

Palper : Tumeur remplissant les fosses iliaques, dépassant l'ombilic de 7 centimètres, atteignant les fausses côtes. Surface irrégulière. Dure partout, mobile, peu sensible.

Toucher : Hymen intact. On suit vaguement la tumeur, dans le cul-de-sac antérieur. Compression de la vessie et du rectum. Cystite et constipation intense.

Opération, 27 mars 1895. — Je sors une énorme tumeur de forme irrégulière. Ce qui complique l'opération, c'est un fibrome gros comme une orange qui est infiltré dans le ligamment large droit et est encloué dans le bassin. A sa surface, la trompe

est étalée. On voit les veines formant deux paquets séparés de 6 centimètres. Qnelques veines ont le volume du pouce. En soulevant les annexes droites, on peut voir l'espace triangulaire, et poser les ligatures, et ensuite énucléer le fibrome du ligament.

Ligature facile du côté gauche.

Dissection de la vessie nécessitant deux ligatures d'artères vésicales. Perforation des culs-de-sac antérieur et postérieur. Ligature des bases des ligaments larges et enlèvement de la tumeur. Il est nécessaire de refaire la ligature du ligament droit qui s'est desserrée, ce qui est très facile. Fermeture du péritoine et drain vaginal.

Tumeur : Poids 2 kil. 500, large de 22 centimètres. On voit une masse principale et 4 lobes surajoutés.

Le lobe infiltré dans le ligament large est du volume d'un gros poing d'adulte. Utérus, profondeur 22 centimètres. Annexes gauches saines ; droites, ovaire kystique.

Au centre de la tumeur est un fibrome calcifié, très blanc, lamellé, en bouillie crémeuse; guérison sans rien présenter d'anormal.

Nous avons imaginé ce procédé en combinant ceux employés par Martin, Chrobak, Guermonprez et Doyen.

Les procédés dans lesquels on enlève le fibrome par le ventre et le pédicule par le vagin ont un défaut grave. Ils nécessitent une double manœuvre et exposent plus facilement à une infection septique. Les ligatures nous semblent préférables aux pinces par les raisons suivantes :

Si l'on met les pinces par le vagin et que le fibrome soit très large, on évite avec peine les uretères ; les ligaments larges très épais sont difficiles à saisir et les pinces ont de la facilité pour glisser. La difficulté augmente si le col est déplacé, et si on a placé un lien de caoutchouc qui a ratatiné et tassé les ligaments larges. En laissant des pinces, le péritoine ne peut pas être fermé, et une infection de bas en haut est possible; c'est là une mauvaise condition qu'il importe d'éviter.

Par ce procédé, on a encore un autre avantage, celui de

lier tous les vaisseaux avant de les couper. Il faut donc une hémostase absolue avant l'enlèvement de la tumeur. Le moignon est réduit à un volume insignifiant, et son ablation est facile en supprimant d'abord la partie centrale qui contient la muqueuse cervicale, qui peut être infectante.

Obs. XIX. — *Fibrome dépassant l'ombilic de 4 centim.* — Mme Marie Morn..., 46 ans. Réglée à 15 ans. Deux enfants, bonnes grossesses et bons accouchements. A 36 ans, perte de sang, on la soigne pour une métrite avec tumeur. Depuis cette époque, règles très abondantes. Depuis deux ans, pertes continuelles et affaiblissement général. Il y a un an on constate le fibrome.

Palper. Tumeur dépassant l'ombilic de 4 centim., remplissant la fosse iliaque gauche, de forme allongée et irrégulière, peu douloureuse et mobile. Toucher : Col abaissé. On sent la tumeur dans le cul-de-sac latéral gauche.

2 août 1895. Hystérectomie abdominale gauche.

L'ovaire gauche est renversé en arrière de la tumeur et très adhérent. En le détachant j'ouvre une poche de sang noir très ancienne, comme une hématocèle. Je lie difficilement les vaisseaux utéro-ovariens, adhérents au fibrome. A droite, pas de difficulté. Dissection du péritoine en avant et en arrière du fibrome, perforation des culs-de-sac. Ligature des bases des ligaments larges comme d'habitude. Suture du péritoine. Description de la tumeur. Poids 2 kil. 200 grammes, forme allongée, gros vaisseaux veineux à sa surface. A la coupe : tumeur molle, spongieuse, parsemée de petits espaces lacunaires pleins de liquides analogues à du sérum sanguin.

Plusieurs petits fibromes dans le corps de l'utérus.

4 août. Pansement.

6 août. Un drain en T est mis au fond du vagin et l'on fait des injections matin et soir.

Guérison régulière.

HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE TOTALE POUR GROSSES TUMEURS UTÉRINES (1)

Par **A. Moulonguet** (d'Amiens),
Professeur à l'École de Médecine, chirurgien des hôpitaux.

J'ai pratiqué récemment quatre fois l'hystérectomie totale pour grosses tumeurs utérines remontant jusqu'à l'ombilic et au-dessus. Voici comment j'ai opéré :

La désinfection préalable des parois abdominales, de la vulve et du vagin étant faite depuis plusieurs jours, je commence l'opération comme si j'allais faire une hystérectomie vaginale ; c'est-à-dire que je me place et m'assois entre les jambes de la malade et que je fais relever fortement les cuisses sur le bassin. Et en effet le premier temps de l'opération est le même que celui de l'hystérectomie vaginale.

Application des valves, pincement du col, incision circulaire du vagin autour du col, décollement en avant et en arrière avec les doigts et la pointe des ciseaux. Dans les 4 cas j'ai ouvert le cul-de-sac péritonéal antérieur ; dans 2 cas seulement j'ai ouvert le cul-de-sac péritonéal postérieur.

Cela étant fait, je place une grande pince à mors longs (10 centimètres) sur la base des ligaments larges de chaque côté. Je leur fais mordre la base des ligaments larges sur une hauteur de 2 à 3 centimètres au plus. Deux fois après l'application de ces pinces j'ai réséqué d'un coup de bistouri le col utérin gros et suintant. Si la tranche vaginale saigne, j'applique dans le vagin un tampon de gaze iodoformée. Puis, après avoir recouvert d'une compresse stérilisée toute la partie des pinces, qui est en dehors du vagin, j'abandonne la voie vaginale d'une façon définitive pour ne plus y revenir, pour ne plus y toucher.

Je fais alors abaisser les cuisses de la malade, je m'assure d'une nouvelle désinfection de mes mains et de celles de mon

(1) Communication au *Congrès français de Chirurgie*. Séance de Paris, 21 au 29 octobre 1895.

aide et je reste placé entre les jambes de la malade, mon aide étant placé à sa gauche.

J'incise la paroi abdominale; j'attire la tumeur après l'avoir dégagée de ses adhérences, et je l'enserre aussi bas que possible avec un lien élastique serré et pincé entre les mors d'une pince. J'enlève toute la masse située au-dessus du lien élastique afin de voir et de manœuvrer facilement dans le petit bassin. Prenant alors dans la main gauche les ligaments larges, on sent et on voit les extrémités des mors des deux grandes pinces passées par le vagin et prenant la base des ligaments larges. Ces mors sont rendus saillants dans la cavité abdominale par une pression légère que l'aide exerce, entre les jambes de la malade, sur l'extrémité libre des pinces. Si le cul-de-sac postérieur n'a pas été ouvert dans le premier temps de l'opération, je l'ouvre par une incision transversale rasant l'utérus et réunissant les mors saillants des pinces facilement perçus avec la pulpe des doigts. Il en serait de même pour le cul-de-sac antérieur s'il n'avait point été ouvert dans le premier temps et ces points de repère pourraient dans certains cas faciliter singulièrement le décollement de la vessie.

Successivement alors, la main gauche prend chacun des ligaments larges entre le pouce et l'index et la main droite, desserrant la pince correspondante, l'enfonce, guidée par la main gauche et surveillée par l'œil de l'opérateur, jusqu'à ce qu'elle saisisse entre ses mors toute la hauteur du ligament large. On n'a plus qu'à sectionner ces ligaments larges en dedans des pinces et à extraire par l'abdomen le col et ce qui reste de la masse utérine. L'opération est terminée sans aucune ligature. Pour plus de sécurité au point de vue de l'hémostase et pour être certain que le sommet du ligament large, tendu parfois par le lien élastique, ne dérape point ultérieurement, je place sur ce sommet, en dedans de la grande pince, une pince longuette introduite par le vagin.

Je ferme le ventre et fais le pansement et avant de quitter la malade je place dans son vagin, traversé par les 4 pinces,

— les deux grandes utiles et les deux longuettes de précaution — une mèche de gaze iodoformée fortement chargée d'iodoforme.

Dans aucun de ces cas je n'ai été obligé de faire usage du plan incliné.

Le procédé que je viens de décrire ressemble beaucoup à celui que M. Richelot a préconisé récemment à la Société de chirurgie; mais il en diffère par des détails qui ont pour moi une réelle valeur ; et lui-même n'a-t-il pas dit que dans cette question de manuel opératoire les moindres détails acquéraient une grande importance ?

Je dois dire d'abord que je suis un partisan convaincu de l'hystérectomie totale par la voie vaginale toutes les fois qu'elle est possible, car je l'ai pratiquée 69 fois avec des difficultés opératoires variables, pour affections diverses, fibromes moyens et petits, suppurations pelviennes et des annexes, kystes de l'ovaire méconnus, cancers utérins, et j'ai eu 69 succès. J'attribue la bénignité de cette opération au large drainage vaginal qu'elle assure. Donc, après avoir, comme la plupart de nos collègues, tâtonné longtemps et employé à diverses reprises les principaux procédés qui nous ont été décrits pour l'ablation des grosses tumeurs qu'on est obligé d'aborder par la voie abdominale, j'étais tout disposé à me rallier à l'opération qui semblerait mettre la malade dans les conditions les plus analogues à celles où la place l'hystérectomie vaginale. C'est ainsi que depuis près de deux ans j'assure toujours le drainage vaginal après une intervention abdominale périlleuse. C'est pourquoi je n'ai point hésité à pratiquer dans deux cas l'opération de M. Richelot et elle m'a donné deux succès.

Mais, comme beaucoup de chirurgiens, j'ai été effrayé de promener mes doigts et mes mains, à diverses reprises, de la vulve et du vagin dans la cavité abdominale. J'ai eu des difficultés pour inciser de haut en bas le cul-de-sac antérieur et le vagin. J'ai perforé avec inquiétude sur mon doigt la base du ligament large pour y introduire le mors postérieur de ma pince.

Ces inconvénients sont supprimés avec le procédé que j'expose :

1° Le vagin est dès le début incisé circulairement et le col réséqué, ou nettoyé, ou fermé, si l'on voit quelque inconvénient à le laisser intact.

2° Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont habituellement ouverts par le vagin, et les mors des pinces apparaissent dans l'abdomen dès que la tumeur est isolée. S'ils ne le sont pas, leur ouverture par l'abdomen devient très facile puisque l'aide, pressant sur l'extrémité libre des pinces déjà en place et dont les mors ont saisi la base des ligaments larges, rend ces mors saillants facilement appréciables à la vue et au toucher. On n'a qu'à réunir par une incision transversale en avant et en arrière, en rasant l'utérus, les extrémités saillantes de ces mors pour ouvrir les culs-de-sac.

3° L'application des pinces sur la base des ligaments larges par la voie vaginale ne m'inspire pas plus d'inquiétude, au point de vue du pincement des uretères, que dans l'hystérectomie vaginale ; et lorsqu'on enfonce les pinces pour saisir les ligaments larges sur toute leur hauteur elles sont accompagnées par la vue et le toucher.

4° Enfin, dès qu'on a abandonné la voie vaginale on n'a plus à y revenir, et l'on peut procéder, si l'on craint l'infection de ses mains, à un nouveau nettoyage définitif. Les pinces sont placées ; la main gauche ne quitte pas le ventre et la droite n'a, tout à la fin de l'opération, qu'à saisir les anneaux des pinces pour les ouvrir, les pousser jusqu'à ce qu'elles embrassent tout le ligament large, et les fermer.

OBSERVATIONS

Les quatre opérations que j'ai ainsi pratiquées ont été faites vite, facilement et d'une façon vraiment exsangue. Trois des malades ont guéri sans la moindre complication, la deuxième opérée est morte douze jours après l'intervention. Pour des raisons majeures, il m'avait été impossible de la revoir et

de la suivre. J'eus de bonnes nouvelles d'elle pendant une semaine et j'appris ultérieurement qu'elle était morte avec des accidents de péritonite. S'il ne s'agit pas d'une infection post-opératoire, si la malade a été contaminée pendant l'opération, les accidents ont été longs à se développer et s'il en est ainsi l'infection a dû se faire par la tumeur elle-même sphacélée au niveau de la tranche de section ou par l'ovaire adhérent, kystique, crevé dans le péritoine. Quoi qu'il en soit, n'est-il point permis de regretter qu'une nouvelle intervention n'ait pu être tentée pour conjurer cette péritonite lente ou tardive (mort après douze jours) ?

Obs. I. — L..., 43 ans. Femme nerveuse, sujette à des dyspepsies. A eu un seul enfant à l'âge de 20 ans. A part des règles abondantes et arrivant toutes les trois semaines, l'attention de la malade n'avait point été attirée du côté de son ventre jusque il y a un mois où des douleurs assez vives lui firent consulter son médecin qui constata la tumeur utérine. État général bon.

Tumeur remontant jusqu'à l'ombilic, médiane, immobile et enclavée dans le petit bassin, très dure. Col porté en avant ; culs-de-sac vaginaux effacés, cavité utérine, 12 centim. Diagnostic : Fibrome utérin ayant envahi tout le segment inférieur de l'utérus.

Opération, le 4 mai. — Premier temps de l'hystérectomie vaginale : incision circulaire du vagin, ouverture des culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur, longues pinces posées sur la base des ligaments larges, 2 petites pinces provisoires et tamponnement sur la tranche vaginale saignant.

Ouverture du ventre ; il est impossible de mobiliser la tumeur, enclavée dans le bassin, semblant former deux lobes avec un rétrécissement au niveau du détroit supérieur. Incision verticale sur la tumeur et morcellement du centre avec perte de sang peu abondante. Dissection d'avec la vessie en avant. Sitôt que la tumeur peut être dégagée, elle est enserrée dans un lien de caoutchouc et enlevée. Mais il reste un gros pédicule. Néanmoins il est facile de sentir les mors des pinces et de les pousser en les conduisant sur les doigts jusqu'au sommet des ligaments larges. Les trompes et les ovaires sont enlevés en même temps que le moignon. Trois plans de suture sur la paroi abdominale. Drainage

vaginal iodoformé. L'opération compliquée par le morcellement de la tumeur a été relativement assez longue.

Suites. — Pinces enlevées après 30 heures. Au moment de l'ablation de la pince du ligament gauche, il s'écoule un jet de sang venu de la base du ligament (utérine). Une petite pince l'arrête et reste 24 heures en plus. A part cet incident, les suites ont été normales : vomissements chloroformiques pendant 36 heures. Le pouls est resté à 80. La température a oscillé régulièrement entre 36°,8 et 37°,4. Je n'ai à signaler que des troubles gastriques qui ont accompagné la convalescence de la malade. Durée du séjour au lit, 22 jours. Actuellement elle va très bien.

Obs. II. — D..., 32 ans, femme petite, nerveuse, sans enfants ni fausse couche. A accusé de tout temps des douleurs vives au moment des règles, d'ailleurs peu abondantes. Pas de leucorrhée habituelle. Ventre souple, non douloureux, sauf au niveau de la tumeur qui est allongée, occupant tout le flanc droit jusqu'à deux doigts au-dessus de l'ombilic, débordant à gauche la ligne médiane. Tumeur dure, paraît mobile en masse. Col dur, allongé, abaissé, conique, dévié à droite; en avant et en arrière du col, tumeur dure se continuant avec la masse abdominale.

Opération. — Premier temps de l'hystérectomie vaginale; ouverture du cul-de-sac antérieur ; tranche vaginale saignant, et après le placement des deux grandes pinces, tamponnement léger du vagin.

Ouverture du ventre. Adhérences du feuillet pariétal avec la face antérieure de la tumeur. Ovaires situés très bas dans le petit bassin, gros ; le droit, adhérent à l'intestin, est kystique et se crève au moment de la dissection. Lien élastique jeté aussi bas que possible. Ablation de la tumeur d'aspect et de consistance fibreux, mais avec une cavité sphacélée ouverte sur la tranche de section. La fin de l'opération n'offre aucune difficulté et est menée très rapidement. Ouverture du cul-de-sac postérieur. Prise par les pinces des ligaments larges, et pinces longuettes de sûreté sur le sommet. Ablation du moignon. Trois plans de suture sur la paroi abdominale. Ablation du tamponnement vaginal qui est remplacé par une mèche iodoformée.

Suites. — A partir du lendemain, il m'a été impossible de revoir la malade. J'ai appris ultérieurement que dès le quatrième jour elle avait eu un peu de fièvre 38°, 38°,5 et qu'après être

passée par des alternatives de mieux et de pire elle avait succombé à la fin du douzième jour à des accidents de péritonite.

Obs. III. — P..., 40 ans. Mère morte de cancer utérin. A eu 3 enfants, le dernier il y a 7 ans. A cette époque elle avait une tumeur utérine, car sa grossesse fut longtemps discutée par d'éminents chirurgiens de Paris à cause, sans doute, de la présence de ce corps étranger. L'accouchement se fit dans de bonnes conditions et la malade continua à vivre avec quelques douleurs dans le ventre, des règles abondantes et sa tumeur qui était mobile, qu'elle sentait avec ses mains et déplaçait à volonté. Depuis un an les hémorrhagies sont plus abondantes ; et il y a un écoulement vaginal muco-roussâtre, presque continuel. La tumeur a pris un développement rapide; elle dépasse l'ombilic, elle est unie, régulière, mobile. Le col est dur, entr'ouvert, très volumineux ; la cavité utérine mesure 15 centim. L'état général est devenu mauvais ; elle a maigri et son teint très anémique est jaunâtre.

Opération, le 22 juin. — Ouverture par le vagin des culs-de-sac antérieur et postérieur. Placement des pinces. Résection du col.

Ouverture de l'abdomen. Tumeur sans adhérences, facile à extraire; ligature élastique sur le col et ablation de la tumeur. Pinces enfoncées jusqu'au sommet des ligaments larges. Ablation du moignon. Pince de sûreté en dedans des grandes pinces sur le sommet du ligament de chaque côté. Trois plans de sutures abdominales. Drainage vaginal.

L'opération a été extrêmement rapide, sans incident opératoire, minime et absolument exsangue.

A la coupe, la tumeur, qui a envahi régulièrement les parois utérines, paraît constituée par un énorme myôme utérin.

Suites normales, sans vomissements, sans ascension thermique, une prostration assez marquée pendant 2 jours avec pouls rapide. Ablation des pinces après 48 heures. Repos au lit pendant 20 jours, Actuellement la malade, qui a repris son teint coloré et son embonpoint, va très bien.

Obs. IV. — B..., 60 ans. N'a jamais eu d'enfant. État général peu satisfaisant. Femme grosse mais à tissus flasques et pâles. Toujours réglée abondamment, n'a pas eu de ménopause; pertes plus abondantes vers 50 ans quoique assez régulières. Depuis 5 à

6 mois, écoulements de sang presque continuels et irréguliers.

Tumeur remontant à 3 doigts au-dessus de l'ombilic, mobilisable. Col utérin situé très haut. Vagin étroit et profond, rétracté, peu dilatable.

Opération. — Malade opérée le 20 juillet. Cet état du vagin rend le 1er temps de l'opération très difficile. Cependant je suis arrivé à placer les valves, à attirer le col utérin qui est friable et à ouvrir le cul-de-sac antérieur. Après le placement des deux grandes pinces, j'ai réséqué le col aussi haut que possible.

Après l'ouverture du ventre et la séparation d'adhérences épiploïques, j'enlève la masse morbide en même temps que les trompes et les ovaires accolés à la tumeur. L'ouverture du cul-de-sac postérieur, la dissection du moignon enserré par le lien élastique et son ablation sont faciles après le pincement total des ligaments larges par les pinces vaginales poussées jusqu'à leur sommet. La tumeur est ramollie et paraît dégénérée par places.

Rien à signaler dans les *suites opératoires*, sinon leur bénignité absolue. Cette malade, déjà vieille, ne semble point avoir supporté un traumatisme grave. Pinces laissées en place 42 heures. Repos au lit pendant 16 jours.

DE L'EXTIRPATION DES FIBROMES DES LIGAMENTS LARGES

Par le Dr **Vautrin**, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

I

Depuis bientôt dix ans, la chirurgie abdominale bat son plein et les nombreuses observations publiées forment déjà un total assez important pour qu'on puisse établir le bilan de chacune des affections qui ont pour siège l'appareil génital de la femme. Les tumeurs des ligaments larges n'ont jamais beaucoup attiré l'attention parce qu'elles sont rares ; cependant les kystes font l'objet de descriptions spéciales dans tous les traités de gynécologie. Les fibromyômes ligamentaires n'ont été observés qu'exceptionnellement; on en compte les cas publiés, puisque Bilfinger, dans une thèse

publiée à Wurzbourg en 1887, en rapportait seulement 14. Depuis cette époque de nouveaux faits ont été rassemblés, mais d'après mes recherches, le nombre total ne dépasserait guère 40 cas dont plusieurs rencontrés dans les autopsies. Une thèse soutenue à Nancy, en 1892, a recueilli 39 observations de fibromyômes nés dans le ligament large. En ajoutant un cas rapporté par Pollosson, un autre par Binaud dans la *Gazette médicale de Bordeaux* en 1893, et l'observation que je mentionne plus loin, la liste des fibromes nés dans le ligament large se borne à 42 faits, à l'aide desquels on doit tracer aujourd'hui l'histoire clinique de cette intéressante affection.

Les thèses de Bilfinger et de Lang, la communication de Gross au Congrès de chirurgie de 1892, sont les travaux d'ensemble les plus importants sur la question. Il est vrai que d'autres auteurs, Kiwisch, Scanzoni, Klob, Veit, Virchow, Schetelig, Sänger, s'étaient antérieurement occupés des tumeurs issues des ligaments larges et de leur origine. Les fibromyômes naissent-ils dans le ligament large, aux dépens des éléments qui y sont contenus, ou proviennent-ils de l'utérus? Telles sont les deux questions qui semblent avoir suffi à exercer la sagacité des pathologistes et des cliniciens jusqu'à aujourd'hui. Le résultat des discussions engagées a été de diviser les opinions en deux camps : les unes favorables à l'hypothèse de l'origine primitive des fibromyômes dans le ligament large, les autres se rattachant à l'idée de tumeurs nées sur les bords latéraux de l'utérus et séparées ensuite de cet organe par atrophie du pédicule. Tout en croyant au développement possible des fibromes dans les ligaments larges, ainsi que le démontrent les observations de myômes pédiculés rencontrés par Mikulicz, Sänger, Bilfinger, Doran, Gross et Binaud; je reste persuadé que bon nombre de ces tumeurs naissent au voisinage de la matrice, là où les fibres musculaires, lisses, encore serrées, quittent l'organe pour s'étaler entre les feuillets ligamentaires. Rouget avait le premier bien mis en lumière l'existence et la disposition des fibres lisses, mais Henle et Luschka ont, après des recherches

minutieuses, insisté particulièrement sur l'épanouissement des tractus musculaires de l'utérus dans les ligaments, les représentant comme des faisceaux assez denses sur les bords utérins, s'étalant et se pénicillant ensuite au milieu du tissu conjonctif intra-ligamentaire. « La partie inférieure des liga- « ments, dit Luschka, contient surtout beaucoup de vais- « seaux sanguins et lymphatiques et des fibres musculaires « lisses qui rayonnent transversalement de la surface de « l'utérus entre les feuillets de ces ligaments. Pendant la « grossesse, ces organes acquièrent, parmi les autres « annexes, un volume et une résistance remarquables. J'ai « constaté les mêmes modifications dans les cas de prolapsus « utérin et lorsque les ligaments subissent un tiraillement « considérable. » Il est difficile, en parcourant les observations, de se faire une idée exacte du point d'origine des fibromes ligamentaires. En laissant à part les tumeurs pédiculées, qui toutes, d'après les relations cliniques, avaient pour base d'implantation le voisinage des ailerons ligamentaires, je crois avoir remarqué que le fibrome se développe avec une certaine prédilection dans les parties les plus riches en fibres lisses, c'est-à-dire dans la région juxta-utérine. C'est ce qui a donné lieu à l'idée de leur point d'origine constant dans le tissu utérin. Les fibromyômes nés dans les faisceaux assez denses avoisinant la matrice, trouvent dans cet espace, non seulement un stroma abondant de fibres lisses, mais encore des vaisseaux nombreux qui apportent les éléments indispensables à la tumeur, pour prendre un volume considérable. L'artère utérine avec ses nombreuses branches et les veines volumineuses qui l'accompagnent, assurent au fibrome une vitalité aussi riche et peut-être plus riche encore que s'il siégeait en plein tissu utérin. Aussi ne doit-on pas s'étonner de voir le fibromyôme du ligament large suivre un développement parfois considérable. Billroth, d'après Buschmann, a extirpé un fibrome du poids de 18 kilog., Rydigier un de 15 kilog. ; les tumeurs enlevées par Sänger et par Schmid pesaient 8 kilog. ; celle que j'ai opérée

dépassait 7 kilog. On en trouve encore plusieurs parmi les observations publiées qui pesaient 5 kilog., 3 kilog., etc. Il est à remarquer que les plus petits fibromes signalés ont été rencontrés soit au centre de l'espace ligamentaire sous forme de petites nodosités, inoffensives en général pour les malades, soit libres dans la cavité abdominale sous la forme de fibromes pédiculés.

Le fibrome que j'ai eu l'occasion d'observer, avait pris naissance dans la partie inféro-interne du ligament large au voisinage des vaisseaux utérins et du segment inférieur de la matrice. On constatait au niveau de son point d'implantation deux faisceaux de fibres musculaires lisses très épais, larges de trois travers de doigt environ, qui se rendaient l'un à la face antérieure, l'autre à la face postérieure de l'utérus. Nul doute que ces lames musculaires épaissies et hypertrophiées, représentaient les nappes de fibres lisses qui se rendent normalement des faces de l'utérus dans toute l'étendue des ligaments larges.

Seulement ces faisceaux s'étaient développés sous l'influence du processus pathologique au contact de la tumeur. On conçoit aisément que certains auteurs aient été tentés de considérer les tractus de fibres musculaires lisses qui servent de trait d'union entre la matrice et le fibrome interligamentaire comme un pédicule indiquant une origine utérine de la tumeur. Kiwisch, l'un des premiers, frappé de l'existence de certaines connexions entre l'utérus et le fibrome intraligamentaire, avait émis l'idée que de petites tumeurs fibreuses pouvaient bien naître dans les ligaments larges, mais que tous les gros fibromes émanaient de l'utérus et s'en séparaient plus ou moins dans la suite. Scanzoni développa la même théorie.

Pour détruire ces hypothèses, il suffit de vérifier, comme je l'ai fait dans l'observation que je rapporte plus loin, que l'utérus a conservé toute son intégrité sur sa portion latérale correspondante, qu'il n'a subi aucune perte de substance indiquant qu'une tumeur a pu exister dans son parenchyme

et s'en séparer à une époque ultérieure, et qu'il ne porte aucun autre fibrome pouvant faire songer à une dégénérescence fibroïde. De plus, l'examen des tissus qui entourent la base de la tumeur, démontre qu'il ne s'agit pas là d'un pédicule de fibrome, mais bien de faisceaux étalés, où le tissu fibreux est relativement rare, où les fibres musculaires lisses abondent et sont disposées en lames régulières allant se perdre sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus. Ces constatations bien établies m'ont permis d'affirmer l'origine ligamentaire de la tumeur que j'ai observée; elles montrent aussi que l'opinion de Kiwisch et de Scanzoni est erronée et que l'on peut rencontrer dans les ligaments larges des fibromyômes de volume considérable, à évolution à la fois pelvienne et abdominale.

Le point d'origine de la tumeur dans l'angle inféro-interne du ligament large, loin du siège de l'ovaire, de la trompe, du ligament rond et des débris ovariques errants que l'on rencontre parfois à la partie supérieure des replis ligamentaires, loin également des canaux de Gærtner, de l'organe de Rosenmuller et des points où l'on peut rencontrer des débris erratiques des capsules surrénales (Dagonet, Marchand, Chiari), démontre que la production pathologique s'est bien développée au milieu des fibres musculaires lisses et non aux dépens d'autres organes ou de débris d'organes embryonnaires.

Les fibromyômes nés dans la partie profonde du ligament large, dans la région si abondamment irriguée par l'artère utérine, sont destinés à acquérir un développement exubérant. Hofmeier a bien montré l'influence exercée par la vascularisation sur l'accroissement des fibromes utérins et ligamentaires. La conséquence de cette distribution sanguine si importante, se fait sentir dans la constitution de la tumeur et dans son voisinage. En lisant les observations on est frappé de la presqu'unanimité des auteurs à constater l'abondance de l'irrigation interstitielle des gros fibromes interligamentaires et leur tendance à devenir œdémateux.

Dans la généralité des cas de corps fibreux assez volumineux, il est mentionné qu'un œdème plus ou moins intense avait envahi la tumeur. Cette circonstance rend l'opération plus difficile, en diminuant la résistance du fibrome et en rendant ses limites moins distinctes. Quelle est la cause de cet œdème? S'agit-il d'une gêne de la circulation en retour, produite par le volume de la tumeur, ou faut-il penser à une dégénérescence spéciale du fibromyôme ?

Il est à remarquer que le stroma du fibromyôme ligamentaire n'est jamais aussi serré et aussi dur que celui des fibromes utérins. On y remarque des espaces irréguliers entre les faisceaux fibreux, des cavités remplies d'un liquide gélatineux et transparent. Certaines de ces tumeurs prennent même la forme caverneuse, comme Schetelig en a observé un exemple, ou l'aspect du fibrome kystique comme dans les observations de Gayet, de Freund, et de Chémieux. La constitution du fibromyôme ligamentaire, avec son stroma relativement peu dense et sa facilité d'expansion entre les feuillets péritonéaux qui l'entourent, se prête admirablement à l'extravasation interstitielle de liquide et à l'œdème.

Le fibromyôme ligamentaire se fait encore remarquer par l'énorme vascularisation qui existe à sa périphérie. Plus son volume est considérable, plus les vaisseaux veineux apparaissent dilatés et nombreux. Les fibromes de moyen volume n'ont parfois qu'un pédicule vasculaire insignifiant, qu'une seule ligature peut étreindre. Ceux qui prennent naissance aux environs de l'artère utérine, dans la partie inférieure du ligament large, sont au contraire richement vascularisés.

Le tissu qui les entoure est parcouru par un réseau de veines et de lymphatiques très serré. La capsule de ces tumeurs est sillonnée de veines énormes comme on n'en trouve jamais sur les fibromes utérins.

La décortication ne se fait pas sans danger, surtout aux environs de la partie inférieure de la tumeur ; parfois même, comme dans le cas de Gayet, elle est impossible ou trop scabreuse, et le chirurgien est forcé de terminer par une

ligature en masse, pour ne pas perdre sa malade d'hémorrhagie. Billroth, dans une de ses opérations, eut affaire à un fibrome tellement vasculaire qu'une simple ponction détermina une hémorrhagie qui faillit être mortelle.

Je rencontrai dans le cas qui fait l'objet de ce travail, un fibrome très volumineux, compris dans les feuillets ligamentaires très distendus. Je fus effrayé d'abord par le grand nombre, le volume des veines qui apparaissaient par transparence à travers la séreuse et je ne dus le salut de la malade qu'au procédé que j'employai pour l'extirpation.

L'œdème de la tumeur et l'importance de sa vascularisation ne sont pas les seuls obstacles qui se dressent devant le chirurgien dans l'extirpation des fibromyômes ligamentaires. Une autre difficulté réside dans la libération des adhérences qui existent généralement avec l'épiploon ou le péritoine pariétal.

Dans la majorité des observations on trouve en effet signalée la présence d'adhérences avec l'épiploon ou la paroi abdominale.

Dans le cas de Billroth, il existait des adhérences tellement intimes avec le rein gauche et la capsule surrénale correspondante, que le chirurgien dut enlever ces organes en même temps que le fibrome.

II

On a beaucoup discuté dans ces dernières années sur la pathogénie des fibromyômes des ligaments larges. Les auteurs qui ont traité ce sujet n'ont point envisagé la question si importante du traitement. C'est le traitement des fibromyômes ligamentaires que je voudrais exposer dans cette communication, me basant sur les données éparses dans les observations que j'ai parcourues et sur les résultats de ma pratique personnelle.

Au point de vue de l'extirpation des fibromes ligamentaires, il me semble rationnel de diviser ces tumeurs en trois

catégories : les *fibromes pédiculés*, les *fibromes de moyen volume et les fibromes énormes*. Je ne m'occupe pas ici des fibromyômes de petit volume qui ne causent aucun trouble, ne subissent aucun accroissement et ne nécessitent pas par conséquent une intervention. Ces petites tumeurs, dont on connaît un certain nombre d'exemples, ont d'ailleurs été dans presque tous les cas des trouvailles d'autopsie.

Les *fibromes pédiculés* du ligament large, dont on connaît six observations (Mikulicz, Sänger, Bilfinger, Doran, Gross, Binaud), sont les tumeurs qui comme thérapeutique prêtent le moins à discussion.

En effet, le traitement est simple et se borne à la ligature du pédicule à l'aide d'un fort fil de soie, suivie d'excision. C'est ce que les opérateurs ont fait et cependant on a enregistré quelques accidents. Ainsi sur les cinq cas qui ont donné lieu à une intervention, Sänger vit la guérison retardée par l'apparition d'une pelvi-péritonite circonscrite qui amena la formation autour du pédicule d'un exsudat assez considérable, et fixa l'utérus en rétroversion. Il est vrai que l'opération pratiquée par Sänger avait été rendue difficile par les adhérences et le volume de la tumeur fortement œdématiée. Dans un autre cas, Mikulicz après ligature du pédicule vit survenir une hémorrhagie intra-abdominale suivie d'une suppuration dans le bassin. Gross observa, vers le dixième jour après l'opération, un léger endolorissement et de la tuméfaction dans la région du pédicule. Un phlegmon se déclara et se fit jour au niveau de la partie inférieure de la ligne des sutures et retarda momentanément la guérison définitive. Les opérées de Doran et de Binaud guérirent sans encombre.

En somme, sur cinq ablations de fibromes pédiculés, trois fois il y eut complication d'hémorrhagie secondaire. Faut-il admettre que dans ces trois faits, il y eut insuffisance de striction du fil de ligature; on doit donc penser à la rupture d'un vaisseau en amont? Aucun renseignement ne permet de trancher la question.

Les fibromes ligamentaires de moyen volume représentent un contingent assez nombreux. Ce sont les tumeurs les plus communes et bien que leur extirpation soit plus difficile que celle des myômes pédiculés, elle est cependant d'une pratique assez simple. La méthode de choix est l'énucléation. Comme ces tumeurs comprises entre les feuillets ligamentaires n'ont jamais de connexions vasculaires très étendues, il suffit, après avoir ouvert la cavité abdominale et mis à jour le fibrome et l'utérus, d'inciser l'enveloppe séreuse ligamentaire parallèlement à la direction de la trompe et des vaisseaux utéro-ovariens. Cette incision prolongée autant qu'il le faut pour laisser passer le plus grand diamètre de la tumeur, ne donne en général que peu de sang. Elle permet l'introduction du doigt et de la main, qui circonscrivent successivement le fibrome en suivant sa capsule. Dès que la décortication est ainsi amorcée, on se trouve très bien d'enfoncer dans la tumeur si elle est résistante (ce qui a lieu pour les fibromes de volume moyen), un extracteur en forme de gros tire-bouchon, analogue à l'instrument dont je me sers depuis longtemps déjà pour sortir les gros fibromes utérins de la cavité abdominale. Bien que je n'aie pas réalisé cette expérience pour les fibromes ligamentaires de petites dimensions, je suis persuadé que la simple traction suffirait à énucléer la tumeur de sa loge celluleuse où de maigres tractus celluleux la maintiennent emprisonnée. Si un pédicule se présente, reliant le fibrome à l'utérus ou à la base du ligament large, rien n'est plus facile alors que de le serrer dans une pince et de le lier au-dessous. Les fibromyômes de dimensions restreintes ne peuvent donc embarrasser le chirurgien, même s'il est nécessaire de lier les vaisseaux utéro-ovariens, d'extirper les annexes ou de libérer des adhérences avec l'uretère, comme dans un cas de Freund. Il importe seulement d'être attentif à suivre exactement la configuration de la tumeur en énucléant et à ne sectionner aucune portion de tissu sans l'avoir dûment examinée et reconnue.

On pourra demander quelle limite j'assigne entre les

fibromes de moyen volume et les fibromes énormes. Cette distinction est évidemment arbitraire, mais je considère qu'une tumeur ligamentaire qui n'a point fortement déplacé l'utérus et qui laisse cet organe indépendant et relativement mobile, qui ne repousse pas le plancher pelvien et ne dépasse pas sensiblement en tout les limites du bassin, dont l'évolution en un mot est restée pelvienne, est justiciable de l'énucléation. Le poids de telles tumeurs n'excède guère 2 à 3 kilogr. Il en est de beaucoup plus petites. Martin de Berlin, Tillaux, Terrier, Holmes, Freund, Rokitansky, Schrœder, Pollosson, ont opéré des fibromyômes de volume moyen, et dans toutes ces observations, on trouve noté que l'énucléation par voie abdominale a été facile et que la guérison s'est effectuée sans accidents. Dès lors il semble inutile de recourir à une autre méthode que l'énucléation par voie abdominale pour les fibromes ligamentaires peu considérables. Cependant, on a proposé d'opérer ces tumeurs par la voie vaginale et Pollosson a recommandé la voie parapéritonéale.

Pour que la voie vaginale pût être utilisée dans des cas de ce genre, diverses conditions devraient se trouver réalisées. En premier lieu le diagnostic de fibrome ligamentaire, sans connexion avec l'utérus, devrait être posé d'une manière certaine, ce qui *a priori* parait bien difficile sinon impossible. En second lieu, il faudrait que la tumeur fût aisément accessible par le vagin, afin que par morcellement elle pût être réduite, puis extirpée. La voie destinée à ces manœuvres ne pourrait être très large, car les instruments du chirurgien devraient constamment évoluer au fond du cul-de-sac latéral du vagin entre l'utérus et la paroi pelvienne, autour de l'uretère qui courrait grand risque. Il me paraîtrait plus prudent et moins dangereux de pratiquer d'abord l'hystérectomie vaginale et d'enlever ensuite le fibrome par énucléation ou morcellement. Mais alors l'opération est complexe et la mutilation est considérable, disproportionnée avec l'importance de la lésion, surtout à l'âge où l'on observe les fibromes. Tout plaide donc en faveur de la voie abdominale qui permet

de rectifier un diagnostic souvent erroné et d'opérer avec le minimum de sacrifices et le maximum de sécurité.

A. Pollosson se trouvant en face d'une tumeur ligamentaire profondément enclavée dans le pelvis, renonça à l'enlever par la voie abdominale et choisit la voie para-péritonéale qui lui permit d'aller chercher profondément le fibrome et de l'extirper avec assez de facilité. Le succès engagea A. Pollosson à conseiller, dans des cas semblables au sien, la laparotomie sous-péritonéale exécutée à l'aide de l'incision employée pour la ligature de l'iliaque externe. Mais la voie para-péritonéale paraîtra à d'aucuns un chemin bien détourné pour aborder une tumeur ligamentaire, surtout lorsque de nombreuses veines et des organes comme l'intestin, la vessie et l'uretère se trouvent accolés et risquent d'être blessés par une fausse manœuvre. En aucun cas l'incision latérale ne donnera le même jour, ni le même libre accès jusqu'au plancher du bassin que la voie abdominale. D'ailleurs si Pollosson a renoncé à l'extirpation par l'abdomen, c'est, dit-il, parce que la tumeur fut trouvée plongeant si profondément qu'elle ne put être saisie. Or rien n'est plus simple que de saisir et de rendre accessible une tumeur siégeant profondément dans le tissu cellulaire ligamentaire, à l'aide des moyens de préhension que je signalais plus haut. Il suffit pour cela qu'une minime partie de la surface du fibrome devienne visible après incision du revêtement péritonéal, afin d'y enfoncer l'extracteur. Une traction modérée permettra ensuite d'attirer la tumeur à portée de la main de l'opérateur et de l'énucléer peu à peu.

Malgré les dimensions assez restreintes des fibromes de cette catégorie, on trouve signalée dans plusieurs observations l'existence de troncs veineux très dilatés à la périphérie de la tumeur. Terrier remarqua le fait au cours de l'énucléation d'un myôme ligamentaire, et Tillaux dut même pratiquer secondairement l'ablation d'un énorme varicocèle utéro-ovarien, développé au-dessus d'un petit fibrome dont l'énucléation avait été facile.

Lorsque l'énucléation de la tumeur est terminée il, y a en général fort peu de ligatures à placer sur les vaisseaux. La cavité intraligamentaire a aussitôt tendance à se combler par rétraction de ses parois, et quelques points disposés en capiton assurent la juxtaposition des surfaces cruentées. Toutefois l'espace vide paraît trop considérable pour tenter une réunion par adaptation immédiate des parois; il est préférable de suturer les bords de cet espace à la partie inférieure de la plaie abdominale et de drainer.

Le traitement des fibromes énormes ligamentaires est beaucoup plus compliqué. La mortalité est du reste très élevée, puisque sur neuf observations que j'ai pu recueillir, je compte six morts. Les opérateurs étaient cependant des chirurgiens très expérimentés ainsi que ces noms en font foi : Billroth, Gayet, Bardenheuer, Freund, Lœngner, Fenger, Tedenat, Rydigier. Les opérées de Freund, Rydigier et la mienne ont guéri.

Dans le cas de fibrome ligamentaire énorme, le bassin est généralement rempli par la tumeur qui déborde dans la cavité abdominale. Cette dernière est plus ou moins remplie et distendue. La malade que j'ai observée portait une hernie ombilicale volumineuse, irréductible à cause de la présence de la tumeur qui remontait jusqu'aux hypochondres. L'utérus est habituellement rejeté sur le côté, tantôt remonté, tantôt repoussé en bas et latéralement, suivant le point d'origine du fibrome. On le trouve aussi dans certains cas en avant ou en arrière de la tumeur, lorsque celle-ci a pris son développement en soulevant le péritoine qui recouvre l'une ou l'autre face utérine. Il est même des cas où le myôme né dans un ligament, s'insinue en avant ou en arrière de l'utérus en décollant le péritoine et prend son développement dans l'espace ligamentaire du côté opposé. Schrœder a observé un fait de fibromyôme à évolution bilatérale. Celui que j'ai extirpé s'était porté à la partie antérieure de la matrice, en décollant la vessie, de telle sorte que l'organe était repoussé en bas et en arrière. En se développant les

fibromyômes du ligament large envoient dans des sens différents, des prolongements qui grossissent à leur tour, poussent de nouveaux nodules dans les espaces cellulaires voisins, de sorte qu'après l'extirpation on a affaire à une tumeur très irrégulière qui reproduit assez bien la conformation du bassin avec des saillies et des dépressions correspondant aux organes pelviens. Tédenat a opéré une tumeur de ce genre dont les lobes occupaient le fond du pelvis et passaient même en avant de l'utérus. Dans une seule observation, celle de Rydigier, il est fait mention d'un fibromyôme de 30 livres et demie qui n'occupait par sa base que la partie supérieure de l'espace intraligamentaire et qui fut extirpé facilement par énucléation. Dans chacun des autres cas, les fibromes avaient envahi tout le bassin, immobilisé l'utérus, changé les rapports de la vessie ou du rectum, si bien qu'on n'eût pu dire *a priori* (ce qui est important pour le diagnostic et le traitement), si la tumeur était utérine ou juxta-utérine. Sous le rapport du diagnostic il n'est guère possible d'utiliser les données de l'examen vaginal, parce que l'utérus est généralement inaccessible. Lorsque le cathétérisme peut être pratiqué, il peut donner des renseignements utiles, car on trouve la cavité utérine normale ou à peu près comme profondeur, souvent même diminuée, ainsi que je l'ai trouvé noté dans plusieurs observations. Ni l'absence de métrorrhagie, ni la normalité de l'étendue de la cavité utérine ne peuvent permettre de reconnaître sûrement avant l'opération, l'origine ligamentaire d'un gros fibrome. Si l'examen de la malade et l'exploration directe, le ventre ouvert, ne parviennent pas généralement à montrer les rapports de l'utérus et de la tumeur, il est toujours plus simple de les considérer comme dépendants l'un de l'autre sans chercher à les séparer et d'enlever la matrice avec le fibrome. J'irai même plus loin. Mettant à part les cas analogues à celui de Rydigier où un fibrome volumineux ne prend qu'une insertion limitée dans l'un des ligaments et peut être enlevé par énucléation, je considère

comme une indication formelle à faire l'hystérectomie, l'existence d'un gros fibrome, inclus dans le ligament large et remplissant le bassin. J'appuie cette opinion sur l'analyse des observations rapportées par les auteurs qui ont opéré des cas de ce genre. Tous, sauf Freund, ont vu mourir leurs patientes par le choc et surtout par l'hémorrhagie. C'est qu'il est, en effet, bien malaisé de faire l'énucléation d'une énorme tumeur irrégulière, dont les lobes se sont insinués dans tous les points du bassin, au milieu d'un réseau veineux aussi riche que fragile. La décortication du fibrome devient surtout pénible à la partie inférieure, là précisément où les artères et les veines sont nombreuses et où l'uretère peut être intéressé. En ces régions profondes, inaccessibles au rayon visuel de l'opérateur, le doigt travaille seul avec l'instrument tranchant. Le sang vient-il à couler, on pince au hasard et presque toujours sans résultat. Une adhérence forte se présente-t-elle, on la sectionne aux ciseaux, au risque de léser les organes voisins. C'est ainsi que Bardenheuer a blessé le rectum et que d'autres opérateurs ont déterminé des hémorrhagies suivies d'anémie aiguë tellement prononcée que les patientes n'ont pu s'en relever. Gayet, dans un de ces cas difficiles, dut se résoudre à laisser en place une partie de la tumeur qu'il traita comme un pédicule intrapéritonéal. La malade succomba à des accidents septiques. Tédenat ne put terminer son opération qu'après des difficultés inouïes; l'hémorrhagie fut tellement abondante que la malade succomba dès le premier jour.

Pour chercher à conjurer ces hémorrhagies foudroyantes, il faut se faire une idée exacte de la circulation du ligament large et des voies qui amènent et ramènent le sang de la tumeur. Il est à remarquer que dans le cas de fibromyôme ligamentaire, non seulement les branches vasculaires de l'artère et des veines utérines sont augmentées de volume, mais encore les plexus utéro-ovariens. D'autre part, comme les fibromes énormes déplacent l'utérus et l'entourent parfois,

il en résulte qu'ils participent plus ou moins à la circulation de cet organe ; de là les anastomoses vasculaires nombreuses qui existent de ce côté. Il n'est pas jusqu'aux plexus ovariens ou utérins du ligament opposé qui ne subissent aussi une ectasie prononcée. Enlever une tumeur très vasculaire du ligament large sans oblitérer d'abord les vaisseaux utéro-ovariens qui se rendent à l'utérus, c'est s'exposer à des hémorrhagies dangereuses. L'ablation de la matrice avec le fibrome est le plus sûr moyen d'éviter un perte de sang considérable et de simplifier le temps de l'énucléation. Mais, pour cela, il faut pratiquer l'hystérectomie totale par la voie abdominale. Il est inutile, en effet, de songer à prendre la méthode abdomino-vaginale qui serait impraticable avec des tumeurs intra-ligamentaires de ce genre et une cavité d'énucléation aussi vaste. En faisant l'ablation simultanée et totale du fibromyôme et de l'utérus, on se trouve dans le cas de l'extirpation d'une tumeur d'origine utérine ayant pris son développement entre les feuillets ligamentaires ; l'hémorrhagie n'est pas plus à redouter, et l'opération n'a pas une plus longue durée. Voici une observation qui vient à l'appui de cette thèse.

Observation. — Mme G..., âgée de 47 ans, a été jusqu'à ces dernières années d'une bonne santé régulière. Rien d'important à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels, si ce n'est une otite scléreuse, bilatérale qui a fortement diminué l'audition.

Il y a deux ans, Mme G... s'est aperçue que son ventre grossissait en même temps que la durée de ses règles augmentait, sans que la régularité menstruelle fût modifiée. Des douleurs dans le bas-ventre et dans les membres inférieurs, surtout du côté droit, ont apparu et sont devenues plus fréquentes à mesure que l'abdomen se développait. Les fonctions intestinales et urinaires sont gênées depuis longtemps déjà. La constipation est presque continuelle et la défécation est difficile. La miction s'accomplit lentement et péniblement ; la malade l'accentue sensiblement depuis quelque temps en pressant à l'aide de ses deux mains sur le bas-ventre.

Depuis neuf ans, Mme G... porte une hernie ombilicale, qui a

beaucoup grossi dans ces derniers mois, depuis que la tumeur a envahi la plus grande partie de la cavité abdominale. Cette hernie peut être réduite lorsque la malade occupe la position couchée, à part toutefois une portion d'épiploon adhérente au sac.

État actuel. — L'abdomen est très volumineux et irrégulièrement développé. La partie sous-ombilicale est surtout saillante. Au niveau de l'ombilic, on perçoit un anneau de dimensions plus grandes qu'une pièce de cinq francs et au-dessous une masse molle d'épiploon qui au moindre effort tend à s'engager dans le sac herniaire. L'abdomen est distendu par une énorme tumeur remontant à plus de trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et s'étendant transversalement dans les fosses iliaques et lombaires : du côté gauche un lobe se prolonge jusque sous le rebord costal. La tumeur est de consistance égale partout, ferme et résistante. Il existe de la matité sur toute sa surface et de la sonorité sur ses limites supérieures et latérales. Elle ne peut être mobilisée en aucune façon. La palpation n'est pas douloureuse; au toucher vaginal, on sent dans le cul-de-sac antérieur une tuméfaction dure, volumineuse, faisant corps avec la tumeur abdominale. Le col utérin est en arrière, peu accessible et remonté. Le cathétérisme n'est pas possible. Le toucher rectal indique un aplatissement très marqué de la lumière de l'intestin. Les dimensions de l'abdomen sont, pour la circonférence maximum, 103 centim. ; de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, 17 centim. ; de l'ombilic au pubis, 26 centim. ; de l'ombilic à l'épine iliaque droite, 25 centim. ; de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, 28 centim.

L'état général de la malade paraît bon. L'examen des organes est satisfaisant. L'analyse des urines n'indique aucune altération. Je décide de faire l'ablation de la tumeur.

L'opération est pratiquée le 8 mai sous le chloroforme.

Plan incliné à 450. Une longue incision, allant du pubis à 6 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, ouvre la cavité abdominale et le sac de la hernie ombilicale. Chemin faisant, la résection de l'épiploon adhérent est exécutée ainsi que l'abrasion du bord de l'orifice herniaire. La tumeur est ainsi amenée entre les lèvres de la plaie à l'aide de l'extracteur en forme de grosse vrille ; quelques adhérences et le volume du corps fibreux rendent ce temps de l'opération assez délicat. L'intestin qui tend à

sortir est maintenu aussitôt par un certain nombre de compresses aseptiques disposées au-dessous de la tumeur soulevée. Les ligaments larges apparaissent des deux côtés de la tumeur, celui du côté droit fortement distendu et reconnaissable seulement par l'ovaire étalé. Des pinces sont aussitôt appliquées sur le bord supérieur du ligament gauche en dehors de l'ovaire et sur chacun des faisceaux vasculaires apparents au niveau du ligament droit distendu. Le fond de l'utérus est reconnu au-dessous de la tumeur et à gauche pour ainsi dire caché dans le bassin. Je trace au bistouri une incision circulaire un peu au-dessous du plus grand diamètre du fibrome ; cette incision intéresse en avant et en arrière le péritoine de revêtement et, sur les côtés, l'insertion supérieure des ligaments larges. Le décollement de la collerette péritonéale ainsi préparée se fait difficilement en arrière à cause de sa minceur ; plusieurs perforations ne peuvent être évitées sur la partie péritonéale de revêtement de l'utérus.

En avant, les obstacles sont encore plus considérables. L'incision limitant la collerette avait intéressé la vessie en deux points différents. Rien ne pouvait faire soupçonner que cet organe fût remonté aussi haut sur la tumeur. Sa partie supérieure atteignait l'ombilic et le repli transversal qui sert à reconnaître ses limites n'existait pas. Les deux plaies faites à la vessie étaient l'une petite, l'autre large de cinq centimètres. Elles furent suturées aussitôt à l'aide de deux étages de fil de soie. Le décollement fut continué péniblement jusqu'au cul-de-sac antérieur du vagin, en ménageant les uretères adhérents au fibrome. Lorsque la séparation de la collerette fut effectuée en arrière et en avant jusqu'au segment inférieur de l'utérus, j'achevai de décoller sur les bords latéraux et je serrai deux pinces au fond du bassin sur les faisceaux vasculaires des artères utérines. Ainsi rendu maître de l'écoulement sanguin qui avait été assez abondant, j'ouvris le cul-de-sac vaginal postérieur et libérai le segment inférieur de l'utérus de ses dernières attaches. A mesure que la formation de la collerette avançait, j'avais pu soulever le fibrome, l'attirer au-dessus du pelvis et terminer l'extirpation sans peine. L'hémostase fut faite ensuite par de nombreuses ligatures, outre les pédicules utérins et utéro-ovariens ; puis l'écoulement sanguin arrêté, je me préoccupai de fermer la collerette comme je le fais d'habitude en affrontant ses bords par

un surjet qui ferme entièrement la cavité péritonéale. Mais je craignis que les perforations de la vessie situées sur la surface de l'organe revêtue de séreuse, ne fussent pas hermétiquement suturées; d'autre part, le bassin après l'opération représentait une vaste cavité cruentée qu'il était préférable de drainer. Pour ces deux raisons, j'imaginai de terminer l'opération d'une autre manière.

La lame postérieure de la collerette fut dirigée perpendiculairement vers la paroi abdominale antérieure et suturée au péritoine qui tapisse cette paroi, de sorte que la cavité abdominale se trouva fermée à sa partie inférieure par un diaphragme séreux s'étendant du fond du bassin à la paroi. La vessie, les espaces ligamentaires où se trouvaient la tumeur et l'utérus, faisaient partie d'une vaste cavité comprise entre la partie postérieure de la collerette et le pubis. Un gros tube à drainage en croix passé par le vagin, fut introduit pourd rainer cet espace.

Après avoir terminé la toilette de l'abdomen, je laissai au fond du cul-de-sac de Douglas, un drain de caoutchouc qui sortait par l'angle inférieur de la plaie, puis la suture à trois étages de la paroi fut effectuée. L'opération avait duré un peu plus de deux heures.

Les suites de l'opération ne furent pas exemptes de complications. Le drain abdominal fut retiré après quarante-huit heures, celui du vagin resta en place sept à huit jours pendant lesquels une petite quantité d'urine s'échappait de temps en temps par le tube. Je n'eus donc pas à regretter d'avoir extériorisé la vessie du péritoine. Dès que l'écoulement sanguin fut tari, un liquide mêlé de pus et d'urine s'évacua par le vagin durant une semaine encore, puis vers le quinzième jour la cicatrisation devint complète. Comme on avait dû cathétériser fréquemment la vessie dans les premiers jours, une cystite purulente survint et fatigua la malade pendant deux semaines au moins. Enfin on eut raison de cette complication et l'opérée put rentrer chez elle un mois environ après l'opération complètement guérie.

La tumeur était un fibromyome irrégulier et lobulé du poids de 7 kilogr. Aussitôt après son ablation, on avait pu le séparer de l'utérus auquel il n'était réuni par aucun pédicule. On constatait seulement deux larges faisceaux de fibres musculaires lisses mélangées de tissu fibreux, qui des faces antérieure et posté-

rieure de la matrice se rendaient au lobe supérieur de la tumeur situé à la hauteur de l'union du col avec le corps. L'utérus avait un volume un peu plus considérable qu'à l'état normal et portait sur son fond un petit fibrome pédiculé du volume d'une grosse noix.

J'ai revu cette malade il y a environ un mois. La guérison était parfaite, mais l'opérée se plaignait de douleurs vésicales intenses et de mictions fréquentes. J'explorai la vessie et je trouvai un calcul suspendu au plafond de l'organe, probablement au niveau des fils de suture des plaies vésicales. Je fis la lithotritie en une séance et les malaises disparurent au bout de quelques jours. La cicatrice abdominale était solide et la cure radicale de la hernie ombilicale parfaite.

Il est permis de penser que si, dans le cas précédent, j'ai réussi à mener à bien le traitement d'une affection aussi complexe et à soustraire la malade aux dangers de l'hémorrhagie et de la septicémie, c'est grâce à l'hystérectomie totale. Il est vrai, que dans ce fait particulier, je n'avais pas un instant songé à un fibromyôme ligamentaire et que j'ai entrepris l'hystérectomie totale dans l'idée d'un myôme utérin à évolution pelvienne. Mais je crois que cette conduite est à recommander toutes les fois que le développement d'un fibrome ligamentaire ne permet pas de songer à une énucléation simple et de reconnaître facilement l'indépendance de l'utérus par une certaine laxité et par une mobilité assez étendue. C'est dire que l'hystérectomie abdominale totale doit être l'opération de choix, dans les cas de fibrome volumineux à développement pelvien. Il est inutile d'insister longuement sur les avantages de la méthode opératoire que je propose. Le principal de ces avantages est de procéder à une hémostase préventive en oblitérant les vaisseaux par les pinces avant de commencer la libération du fibrome, et d'épargner par le fait la perte d'une certaine quantité de sang. Dès que les pédicules vasculaires de l'artère utérine sont pincés à leur tour, le nombre des ligatures à placer dans la cavité d'énucléation est très restreint ; on fait donc encore une

économie de temps. Comme la tumeur ne peut recevoir de sang d'autres vaisseaux que du cercle vasculaire utérin, il en résulte qu'après le pincement des quatre pédicules, l'extirpation n'offre plus que les dangers d'intéresser le rectum, l'uretère ou la vessie. Pour éviter ce péril, auquel je n'ai pu échapper, je conseille de reporter l'incision qui limite la collerette sur la tumeur à une hauteur plus grande en avant, lorsqu'on aura remarqué par l'absence de dépression derrière le pubis, que la vessie a pu être entraînée. En poursuivant ce décollement sous le plancher vésical et latéralement, on ménagera les uretères; l'important est de ne pas quitter la coque de la tumeur.

Un autre avantage de l'hystérectomie totale est de laisser la partie supérieure du vagin ouverte; c'est une voie large d'écoulement pour les liquides exsudés par les parois de l'immense plaie pelvienne. Un drain en croix dont les branches transversales s'étendent jusqu'aux confins latéraux de la plaie, assure l'évacuation complète. Du reste, la pression intra-abdominale, en refoulant les feuillets séreux affrontés sur la partie cruentée, diminue l'étendue de la plaie et prépare une adhésion rapide.

La juxtaposition des bords de la manchette péritonéale, d'où le fibrome et l'utérus ont été énucléés, se fait très facilement, grâce au plan incliné, par une suture en surjet. Lorsque cette suture est terminée, la ligne d'affrontement représente le diamètre transversal maximum du bassin, s'étendant d'un pédicule utéro-ovarien à celui de l'autre côté. Ces pédicules liés peuvent même, ainsi que je le fais depuis un an dans toutes mes hystérectomies totales, être refoulés en dedans de la manchette que l'on suture au-dessus. De cette manière, il n'y a plus aucun fil dans la cavité péritonéale. Le procédé que j'ai employé dans le cas précédent diffère en ce que le feuillet postérieur des ligaments larges a seul servi à fermer la cavité péritonéale. C'est là un expédient qui m'a été suggéré par la crainte d'un épanchement d'urine dans le péritoine. On a vu que cette précaution

n'avait pas été inutile. Je conseille aussi le drainage du cul-de-sac de Douglas par un tube debout, sortant par la partie inférieure de la plaie abdominale. Ce drainage est toujours utile ; il évacue dans les deux premiers jours une assez grande quantité de liquide qui ferait bouillon de culture dans le péritoine. Ce tube peut-être supprimé au bout de quarante-huit heures.

Le traitement des fibromyômes ligamentaires me paraît pouvoir être résumé dans les propositions suivantes :

1° Les fibromes pédiculés doivent être traités par ligature du pédicule, suivie d'incision.

2° Les fibromes sessiles de moyen volume sont justiciables de l'énucléation. Pour éviter la perte de sang il sera bon de pincer et de lier au préalable les vaisseaux utéro-ovariens du côté correspondant.

3° Les fibromes énormes sont les plus dangereux à cause de leur vascularisation abondante et des changements qu'ils déterminent dans les rapports des organes pelviens. Le traitement à leur appliquer est l'hystérectomie abdominale totale, c'est-à-dire l'ablation simultanée de l'utérus et de la tumeur.

REVUE ANALYTIQUE

PLACENTA (*Suite*).

(*Anatomie et pathologie*.)

Du déciduome malin et du sarcome des villosités choriales (Ueber Deciduoma malignum and das Sarkom der Chorionzotten), par C. RUGE. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft. I, p. 162, et *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 28, p. 759.

L'auteur s'occupe du déciduome malin, en tenant compte d'abord des travaux parus avant le travail de Marchand (1). Les symp-

(1) *Annal. de gyn. et d'obst.*, septembre 1895, p. 228.

tômes, au début, rappellent ceux de la rétention de débris placentaires. *Histologiquement*, on a considéré la caduque comme constituant la matrice du néoplasme. Mais, suivant Gottschalk, l'évolution clinique restant la même, le processus morbide pourrait, cependant, avoir son point de départ dans les villosités choriales. — D'autre part, si l'on ne s'attache pas, pour ainsi dire, à la définition primitive, déduite surtout de la dépendance directe de l'affection avec la grossesse, on peut douter que la caduque soit la matrice du néoplasme, se demander si l'hypothèse de Veit (1) qu'il s'agit d'un sarcome ou d'un carcinome primitif, indépendant de la grossesse, n'est pas justifiée.

L'auteur soumet ensuite à une analyse critique les cas multiples parus dans la littérature médicale sous le nom de *déciduome malin* et démontre qu'un certain nombre ont été, à tort, rangés sous cette rubrique. Ainsi, nombre de cas ont été placés dans ce groupe, et étiquetés *sarcomes déciduo-cellulaires* par la seule raison que les éléments constituants sont volumineux et qu'ils ressemblent aux cellules déciduales. Or, l'aspect des éléments histologiques ne constitue pas une preuve concluante de leur réelle origine.

Ainsi, *histologiquement*, on a considéré la caduque comme « matrice » du déciduome malin. Or, d'après Ruge, il est exceptionnel que les cellules déciduales soient le point de départ d'une dégénérescence maligne ; en tout cas, elles ne le seraient sûrement pas dans une proportion aussi forte qu'il semblerait ressortir de la quantité des cas publiés. A la vérité, pendant la grossesse, les cellules déciduales pourraient être le siège d'une prolifération de bonne nature (excroissances polypeuses). Quant à la dégénérescence maligne, elle est justiciable des deux hypothèses suivantes : 1° ou bien les cellules du stroma de la muqueuse utérine ont subi la dégénérescence maligne avant la grossesse (opinion de Veit) ; 2° ou bien, après l'interruption de la grossesse, les cellules déciduales meurent si tôt qu'il ne reste rien d'elles en tant que cellules déciduales. Si l'on tient compte de la vie particulière des cellules déciduales, on arrive à l'opinion suivante : tandis que, d'une part, la dégénérescence maligne des cellules déciduales, en tant que cellules déciduales, est extrêmement improbable ;

(1) *Verhandlung der deutschen Gesellschaft fur Gyn.*, 1895, Bd. IV, p. 342.

d'autre part, il serait inversement impossible de démontrer cette dégénérescence. L'auteur fait, à ce point de vue, allusion aux cellules déciduales qui, après l'avortement, restent dans le voisinage de villosités et qui ne présentent aucun phénomène de prolifération.

En ce qui concerne le soi-disant sarcome des villosités choriales de Gottschalk, les dessins, aussi bien que la description, démontrent que, sûrement, il ne s'agit pas de dégénérescence sarcomateuse des villosités choriales.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur prend en considération les nouvelles recherches de Marchand, qui fait concourir à la formation du néoplasme, antérieurement dénommé déciduome malin, des éléments de tissus qu'on n'avait pas encore mis en cause, savoir: *l'épithélium des villosités.* Aussi, selon Marchand, il n'existe pas plus de déciduome malin au sens précis du mot que de sarcome de villosités choriales (sarcome chorial de Gottschalk). Il s'agit en réalité d'un carcinome, et la dénomination qui lui convient est celle de *carcinome chorial.*

En somme, de ce qu'on avait appelé le *déciduome malin*, la description clinique reste, mais la dénomination doit disparaître, parce que les recherches histologiques ont démontré que la caduque n'était pas intéressée. Il faut distinguer: 1° *le carcinome ou sarcome primitif,* développé avant (Veit) ou après la grossesse, et 2° un *carcinome du chorion.* R. LABUSQUIÈRE.

Du carcinome du syncytium utérin (Das Carcinoma syncytiale uteri), par KOSSMANN. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 2, p. 100.

L'auteur se base sur deux ordres d'arguments: a) arguments tirés de l'anatomie comparée; b) arguments tirés de l'analyse critique des faits publiés et de l'examen d'une tumeur, que Lohlein a décrite sous le nom de sarcome déciduo-cellulaire (1).

1° Au point de vue de l'anatomie comparée, l'auteur considère comme extrêmement improbable qu'une tumeur puisse, à la fois, se constituer aux dépens de tissus fœtaux et de tissus maternels (opinion admise par Marchand); il n'accepte également qu'avec beaucoup de réserve l'idée que la tumeur pourrait se développer exclusivement aux dépens des éléments de la villosité

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 14, p. 297.

(prolifération des éléments du stroma, d'après Gottschalk), et n'avoir pas un développement centripète, c'est-à-dire vers le fœtus, développement qui devrait compromettre les fonctions qui assurent l'existence de l'œuf; enfin, la prolifération néoplasique de l'épithélium ectodermique *à une seule couche* de la villosité constituerait, dans l'histoire du développement, un fait sans analogie.

2° Les examens histologiques auquels il a soumis une tumeur recueillie par Lohlein ont, de plus, affirmé l'auteur dans l'opinion que *les tumeurs décrites par Marchand tirent leur origine du syncytium des villosités choriales, syncytium qui, d'après une opinion qu'il a, depuis longtemps, défendue, est un dérivé de l'épithélium utérin par disparition, sous l'influence de la grossesse, des démarcations cellulaires, et transformation consécutive en une couche plasmodiale, multinucléaire. Ces caractères se retrouvent très nets en certains points de la tumeur, tandis que, dans d'autres, ils disparaissent par suite d'une sorte de retour du syncytium à son état primitif, c'est-à-dire par la réapparition des démarcations cellulaires, dont on peut constater les phases intermédiaires.* Ce sont ces démarcations cellulaires, de retour, qui ont, à tort, conduit Marchand à admettre qu'il s'agissait d'éléments dérivés, par prolifération, de la couche cellulaire de Langhans, c'est-à-dire des éléments ectodermiques de la villosité choriale, éléments qui, en réalité, réduits à une couche unique, conservent ce caractère.

En conséquence, Kossmann conclut qu'il s'agit bien d'un néoplasme d'origine épithéliale, origine se trouvant dans le syncytium dérivé par transformation de l'épithélium utérin, et que, par suite, la dénomination convenable est celle de : *carcinome utérin du syncytium* (carcinoma uteri syncytiale). R. LABUSQUIÈRE.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour les sages-femmes, par le Dr A. ARTEMIEFF. Baillière, 1895.

L'auteur mettant de côté toutes considérations didactiques, s'est efforcé de condenser dans ce petit traité toutes les connais-

sances essentiellement pratiques, nécessaires à la sage-femme pour sauvegarder, le plus possible, les intérêts de la mère et de l'enfant : propreté rigoureuse, observation attentive de la marche du travail, emploi aussi réservé que possible de l'exploration interne, rappel des irrégularités qui, dans la marche du travail, font un devoir à la sage-femme de réclamer, sans délai, l'assistance d'un médecin ; rappel de ce que la sage-femme peut faire et aussi de ce qu'elle doit ne pas faire, etc. Au résumé, c'est bien un *memento* des connaissances et des règles qui doivent guider la sage-femme dans l'exercice de sa profession. Indépendamment de ce qui a trait à la pratique obstétricale, l'auteur consacre quelques pages aux questions suivantes : *a*) premiers soins à donner en cas d'empoisonnement ; tableau des principaux poisons et contre-poisons ; *b*) premiers soins à donner en cas d'évanouissement ; distinction entre la mort apparente et la mort réelle. R. L.

Hymen double, par NINA RODRIGUES. Extrait de la *Revist. med.*, nº 1, 1895.

Contribution à l'étude des adhérences et des rétrécissements congénitaux et acquis du vagin, des absences congénitales du vagin, avec exclusion des cas de vagin double (Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide sowie des Angeborenen Scheidenmangels mit Ausschluss der Doppelbildungen), par F. L. NEUGEBAUER, Berlin, 1895, Karger.

Ce volume ne serait que la première partie d'un travail entrepris, dès 1893, à l'occasion d'une invitation au cinquantième anniversaire de la Société obstétricale et gynécologique de Berlin. L'auteur a réuni dans ce volume 1,000 cas des anomalies, congénitales ou acquises, en question : 928 de source étrangère et 72 personnelles. Il se réserve de publier, quand le temps et les circonstances le lui permettront, les considérations et les conclusions à dégager de cette importante statistique. Nous ne pouvons ici que présenter le canevas de ce premier volume, véritable mine de documents intéressant l'obstétrique et la gynécologie :

PREMIÈRE PARTIE. — 56 cas d'opération césarienne : *a*) opérations de Porro, 22 ; *b*) césariennes conservatrices, 34.

Cas supplémentaires : *a*) opération de Porro, 1 ; *b*) césarienne conservatrice, 1.

DEUXIÈME PARTIE. — 237 cas d'accouchements terminés par les voies naturelles.

Cas supplémentaires : 8.

TROISIÈME PARTIE. — 176 cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin d'origine puerpérale.

Cas supplémentaires : 10.

QUATRIÈME PARTIE. — Cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin, qui ont été décrits en partie comme congénitaux, en partie comme acquis en dehors de l'état puerpéral : 1re *série*, 322 observations ; 2e *série*, 107 observations.

CINQUIÈME PARTIE. — 72 observations personnelles : A) pendant l'accouchement, 1 cas (opération de Porro).

B) 33 cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin d'origine puerpérale.

C) 33 cas d'adhérences ou d'atrésies du vagin en dehors de l'état puerpéral.

6 cas d'atrésie hymœnéale congénitale.

4 cas de soudure (conglutinatio) des petites lèvres.

1 cas d'adhérence acquise, d'origine traumatique, des petites lèvres.

R. LABUSQUIÈRE.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1895

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA PUÉRICULTURE INTRA-UTÉRINE

Par le professeur **A. Pinard.**

Messieurs, vous n'ignorez pas certainement qu'à l'heure actuelle, à Paris, les femmes enceintes privées d'aide et de protection, les femmes enceintes abandonnées, peuvent être admises, quelle que soit leur situation sociale, quelle que soit leur nationalité, dans des établissements spéciaux dits : Refuges ou Asiles des femmes enceintes.

Le premier établissement de ce genre, dû à l'initiative de Mme Béquet de Vienne, est connu sous le nom de Refuge de l'avenue du Maine et fonctionne depuis 1892. Quelque temps après, la Ville de Paris ouvrait l'asile Michelet, rue de Tolbiac, et je ne doute pas qu'avant longtemps l'œuvre ne soit parachevée, par la multiplication et l'agrandissement de ces établissements. Chose désirable à tous égards et rendue plus urgente encore, si c'est possible, par la connaissance 'es résultats déjà obtenus.

Je ne veux point insister aujourd'hui sur les immenses ervices rendus à ces pauvres femmes par la création de

(1) Communication à l'*Académie de médecine*, séance du 26 novembre 1895

cette belle et nouvelle assistance, qui non seulement donne à ces déshéritées le logement et la nourriture, leur apporte la consolation et la quiétude, mais encore leur assure les soins spéciaux que réclame leur état de grossesse. — Soins spéciaux qui font disparaître la plupart des terribles accidents observés auparavant chez ces abandonnées. — Je viendrai un jour vous démontrer, chiffres en mains, les cas dans lesquels, en faisant disparaître en particulier l'éclampsie et les mauvaises présentations, on a empêché les femmes de mourir et on a permis aux enfants de naître, et je vous donnerai le nombre de ces vies humaines économisées.

Je désire simplement aujourd'hui m'occuper du *produit* de ces femmes, c'est-à-dire vous exposer les résultats obtenus dans ces conditions chez les enfants de ces femmes. Résultats prévus — dira-t-on peut-être — je ne dis pas non, mais qui n'en sont pas moins importants à constater.

Presque toutes les femmes recueillies et soignées au refuge de l'avenue du Maine viennent accoucher dans mon service à la Clinique Baudelocque. Or, nous n'avons point tardé à reconnaître que la plupart des enfants de ces femmes étaient remarquables par leur développement. Et chaque fois que dans ma visite, je m'arrêtais près d'un berceau pour faire constater combien l'enfant qui y reposait était beau, presque toujours quand je demandais l'origine, on me répondait : c'est un enfant du refuge ou c'est un enfant du dortoir. Ce qui voulait dire : c'est un enfant dont la mère a été soignée et recueillie soit au refuge, soit au dortoir de la Clinique.

Le résultat de cette observation, superficielle je le veux bien, mais constamment répétée, a déjà été consigné dans un des éloquents rapports faits chaque année sur le refuge de l'avenue du Maine, par un de nos plus éminents et aimés collègues, qu'on retrouve toujours à la tête des bonnes œuvres : j'ai nommé M. Cadet de Gassicourt. Mais dire qu'un enfant du refuge est beau, qu'il est vigoureux, cela est bien, mais cela m'a semblé insuffisant et j'ai cherché par une observation plus attentive à déterminer la véritable signifi-

cation de ces termes. Ce sont les résultats de ces recherches que je vous apporte, les voici :

J'ai comparé les enfants des femmes venant accoucher dans mon service directement, c'est-à-dire ayant pour la plupart continué à travailler pendant toute la durée de leur grossesse, la première contraction douloureuse faisant cesser leurs occupations, avec les enfants des femmes reposées et soignées soit aux refuges, soit au dortoir. Cette comparaison n'est pas facile à établir et si les éléments de chaque terme présentent le même degré d'analogie, ils ne présentent pas toujours le même degré de similitude. C'est ainsi que parmi les femmes qui viennent directement de chez elles pour accoucher dans les services d'accouchements, il en est un certain nombre qui se trouvaient dans des conditions hygiéniques convenables parmi beaucoup d'autres se trouvant en état de surmenage.

De même, l'influence du repos et de l'hygiène chez les femmes du dortoir et du refuge doit nécessairement varier et être en rapport direct avec la durée du séjour, et ce séjour est loin d'être le même pour toutes les femmes.

De là, la difficulté de réunir dans chaque catégorie devant être opposée, des éléments absolument semblables.

Quoi qu'il en soit, j'ai pu, en éliminant les cas considérés comme pathologiques, comparer le poids des enfants chez 500 femmes reposées et soignées, soit au refuge (1), soit au dortoir, et le poids des enfants chez 500 femmes ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, et voici ce que j'ai trouvé :

500 femmes, ayant travaillé jusqu'au moment de leur accouchement, ont donné :

Poids d'enfants : 1,505,000 grammes ; par enfant, ,010 grammes.

(1) Les 1,500 fiches du refuge de l'avenue du Maine ont été rédigées par Dr Barbezieux, médecin du refuge, qui a bien voulu me les communiquer ; ne saurais trop l'en remercier.

500 femmes, ayant séjourné au moins dix jours au refuge, ont donné :

Poids d'enfants : 1,645,000 grammes ; par enfant, 3,290 grammes (140,000 grammes en plus).

500 femmes, ayant séjourné au dortoir de la Clinique Baudelocque, ont donné :

Poids d'enfants : 1,683,000 grammes ; par enfant, 3,366 grammes (178,000 grammes en plus).

Je ne puis mieux faire que de comparer ces chiffres avec ceux constatés par M. Tarnier.

M. Tarnier a recherché le poids moyen des enfants des femmes accouchées à la Maternité pendant une période de seize ans, et nous lui devons les données ci-dessous :

Poids moyen de 3,794 garçons issus de primipares : 3,146 grammes.

Poids moyen de 3,159 filles issues de primipares : 3,101 grammes.

Poids moyen de 4,025 filles issues de multipares : 3,120 grammes.

Poids moyen de 4,623 garçons issus de multipares : 3,372 grammes.

Ces résultats nous donnent l'explication du chiffre plus élevé obtenu chez les enfants des femmes du dortoir que chez les enfants des femmes du refuge.

Nous voyons, en effet, l'influence de la multiparité. Or, chez les femmes du refuge, la proportion des primipares est bien plus considérable :

69 primipares pour 31 multipares.

Tandis qu'au dortoir la proportion est de :

45 primipares pour 55 multipares.

Ce n'est donc pas la différence de soins, mais la différence de population qui est cause de la différence des poids.

Si la statistique de M. Tarnier donne comme moyenne d'ensemble un chiffre un peu plus élevé que le mien, cela

tient probablement à ce que parmi toutes les femmes accouchées à la Maternité, il s'en trouvait un certain nombre ayant séjourné un temps plus ou moins long au dortoir de la Maternité.

Je ne me suis pas contenté de rechercher et de comparer les poids des enfants chez les femmes soignées et chez celles qui ne l'ont pas été, mais encore j'ai essayé de comparer la durée de la grossesse chez les unes et chez les autres.

Ce point-là est particulièrement délicat et difficile.

En effet, comment évaluer la durée de la gestation dans l'espèce humaine?

Je n'ai trouvé qu'un moyen pouvant renseigner sur ce point, moyen qui consiste à évaluer le laps de temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement. Ces deux points de repère bien établis et les causes d'erreur étant les mêmes chez les unes et chez les autres, une comparaison significative peut s'ensuivre.

Et le dépouillement des observations fait à ce point de vue m'a donné la proportion ci-dessous :

Chez 1,000 femmes, ayant travaillé jusqu'au moment de l'accouchement, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

de 280 jours et plus...........	482 fois.
de 270 — à 280.............	279 —
au-dessous de 270 —	239 —

Chez 1,000 femmes ayant séjourné au refuge ou au dortoir, le temps qui s'est écoulé entre les dernières règles et l'accouchement a été :

de 280 jours et plus............	660 fois.
de 270 — à 280.............	214 —
au-dessous de 270 —	126 —

Je n'insisterai pas sur l'éloquence de ces chiffres. Nous savons maintenant ce qu'il faut faire pour que la période d'incubation ne soit pas troublée et pour que le développe-

ment de l'enfant soit aussi parfait et aussi complet que possible.

Naître prématurément n'est point une chose indifférente, et s'il est bon pour tout citoyen de posséder un casier judiciaire vide, il n'est pas moins utile de posséder, pour bien agir dans la vie, un casier utérin vierge de tout accident.

Ces données nous montrent à tous ce que nous avons à faire si nous voulons une population forte et vigoureuse, et si nous applaudissons aux efforts faits pour secourir les faibles et les malades, il me semble que notre reconnaissance ne doit pas être épargnée à ceux qui ont trouvé et créé le moyen d'empêcher les mères de souffrir et de faire naître d'aussi vigoureux enfants.

DERNIERS RÉSULTATS DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par **L. G. Richelot.**

En exposant les résultats que m'a donnés l'hystérectomie vaginale pendant ces deux dernières années, je pourrais être accusé de revenir mal à propos sur une question rebattue et sur des discussions épuisées. Il n'en est rien, cependant; quelques discussions méritent d'être oubliées, mais la question n'est pas devenue banale. Il y a trop peu de temps que les résistances sont vaincues et la méthode consacrée par le succès, pour que ses défenseurs naturels s'endorment sur les positions conquises ; il faut maintenant s'y établir, sans recommencer l'ancienne lutte ni ressasser les vieux arguments, mais en donnant la preuve, au jour le jour, que l'hystérectomie vaginale a tenu ses promesses et que les résultats annoncés par nous dans l'ardeur de la polémique n'étaient pas de pure imagination. Voilà pourquoi, ayant mis au net mes derniers chiffres, je viens vous les dire et les commenter brièvement.

Dans mon livre publié à la fin de l'année dernière (1) sont exposées 274 observations d'hystérectomie vaginale, qu'on peut diviser ainsi :

44 cancers utérins................	3 morts
61 suppurations pelviennes........	5 —
126 affections non suppurées........	5 —
43 fibromes utérins.................	1 mort

Ce relevé donne une mortalité générale de 5,10 pour 100, qui tombe à 4,78 si l'on compte seulement les affections non cancéreuses. Elle est de 8 pour 100 dans les suppurations pelviennes, et de 3,96 dans les affections non suppurées.

Depuis la fin de l'année 1893, époque à laquelle s'arrête mon livre, jusqu'au 1er août 1895, j'ai fait 202 opérations nouvelles dont voici les résultats :

14 cancers utérins..................	3 morts
66 suppurations pelviennes..........	3 —
89 affections non suppurées.........	2 —
33 fibromes utérins.................	2 —

Les affections non suppurées, que je diviserais en plusieurs chapitres si je voulais en faire l'analyse détaillée, comprennent des cas très divers : salpingo-ovarites parenchymateuses, hydrosalpinx, rétroversions compliquées, adhérences étendues et processus fibreux du petit bassin. J'y range quelques faits particuliers : 2 kystes ovariques, 2 kystes parovariens, 2 kystes dermoïdes. J'y range un petit nombre de lésions en apparence légères, mais devenues graves par la persistance des douleurs ou des pertes : ovaires polykystiques, métrites hémorrhagiques rebelles, une métrite reconnue tuberculeuse, deux utérus géants. Il y a aussi quelques « névralgies pelviennes » sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. Il y a enfin des hystérectomies vaginales

(1) L. G. Richelot. *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses.* Paris. O. Doin, éditeur.

secondaires, après échec thérapeutique de la laparotomie.

Les chiffres de cette nouvelle série nous donnent une mortalité générale de 4,95 pour 100, qui tombe à 3,72 si on ôte les cancers. Elle est de 4,54 pour 100 dans les suppurations pelviennes, et de 2,24 dans les affections non suppurées. La comparaison des deux séries est toute à l'avantage de la seconde :

	1re SÉRIE	2e SÉRIE
Mortalité générale	5,10	4,95
Mortalité dans les affections non cancéreuses	4,78	3,72
Mortalité dans les suppurations	8	4,54
Mortalité dans les affections non suppurées	3,96	2,24

Enfin, si j'additionne les deux séries, je trouve 476 cas avec 21 morts, soit une mortalité de 4,41 pour 100 au lieu de 5,10 que j'avais en 1893. J'ai dit à cette époque : « Je pense qu'il serait ambitieux de vouloir atteindre une plus grande perfection. Avec ses défauts, ma statistique est bien faite pour plaider la cause de l'hystérectomie vaginale. » Cependant j'ai fait encore un progrès; surtout la statistique partielle des suppurations (4,54 pour 100) est satisfaisante. Ferai-je encore mieux dans l'avenir ? Je ne le crois pas, et je répète qu'il serait ambitieux de l'espérer. Les séries merveilleuses qu'on publie quelquefois, sont des séries courtes ; il n'est pas très étonnant de réussir à la file une cinquantaine d'opérations et même davantage. Parmi celles que je vous présente, j'ai une suite ininterrompue — du 6 juin 1894 au 20 juin 1895 — de 132 cas sans le moindre accident. Mais les revers arrivent un jour ou l'autre ; aussi faut-il attendre avant de se prononcer, car les chiffres nombreux permettent seuls de juger une méthode et d'avoir la conscience nette des responsabilités qu'elle entraîne.

Avant d'aller plus loin, je donnerai quelques détails, suivant mon habitude, sur les cas de mort. C'est le cancer qui

fait ombre au tableau ; sans lui, la statistique serait trop belle. Sur trois décès, le premier (n° 297) est celui d'une femme de 58 ans qui avait un cancer du corps avec plusieurs fibromes ; opération régulière et de moyenne difficulté le 12 avril 1894 ; les suites paraissaient très bonnes, quand elle fut prise tout à coup, le 16 avril, de congestion pulmonaire double et mourut le 17. A l'autopsie, rien que la congestion pulmonaire, péritoine intact. L'urine avait été examinée et ne contenait rien d'anormal.

Autre cancer du corps le 21 juin 1895 (n° 458). La malade, âgée de 35 ans, était profondément cachectique, et avait d'anciennes lésions parenchymateuses des annexes qui rendirent l'opération difficile ; une masse cancéreuse friable et fétide occupait la cavité. Elle succomba dans la nuit du second jour, avec 39° ; est-ce la masse fétide qui infecta son tissu cellulaire ou son péritoine ?

Le troisième échec (n° 473) est un accident hémorrhagique, mais où les pinces, remarquez-le bien, ne sont pas en cause. J'avais enlevé un cancer bien limité au col ; au bout de quarante-huit heures, au moment d'enlever les pinces, je trouvai la malade pâle, anxieuse, avec un pouls filiforme et perdant du sang en abondance. C'était du sang veineux qui paraissait venir à l'extérieur après avoir coulé dans le ventre. Les pinces tenaient bien, aucune n'avait lâché prise ; je les enlevai rapidement, sans difficulté, sans provoquer le moindre jet artériel. Donc, elles avaient bien rempli leur rôle, et ce n'était pas leur faute si, pendant l'opération, j'avais négligé quelque déchirure ou quelque sinus veineux du ligament large, qui m'aurait tout aussi bien échappé si j'avais mis des ligatures. Malgré les soins qui lui furent donnés immédiatement, nettoyage du petit bassin rempli de caillots, placement de quelques nouvelles pinces, la malade succomba.

Les suppurations pelviennes, si souvent graves et complexes, m'ont donné peu de déboires. Dans une opération laborieuse (n° 275), il y avait un foyer hors des annexes, qui me donna un flot de pus fétide en avant de l'utérus. Je n'aime

pas voir le pus venir de ce côté; cela indique une disposition dangereuse pour le péritoine, que l'ablation du fond de l'utérus va ouvrir derrière la vessie. On pare le danger quand on s'arrête à temps, quand, au lieu de mettre partout ses doigts et ses instruments pour enlever à tout prix les annexes, on laisse tout en place, et l'on se borne à l'évacuation des foyers. Ici, malheureusement, mon écarteur antérieur — l'autopsie me l'a démontré — fit brèche dans le péritoine en rompant les adhérences et fut la cause d'une propagation septique.

Chez une autre malade (n° 285), il s'agissait d'une infection puerpérale récente de deux mois, avec température élevée, état grave et urgence d'intervenir. J'essayai d'atteindre, par la simple incision du cul-de-sac postérieur, un volumineux plastron sur le côté droit de l'utérus; je dus faire l'hystérectomie pour ne pas opérer à l'aveugle, et même alors je n'osai pas attaquer le foyer septique, qui était très élevé et se serait vidé en plein péritoine. L'opération fut donc simple et très inoffensive, mais inutile. Je comptais laisser reposer la malade, et faire après quelques jours une incision abdominale; mais, opérée le 15 mars 1895, elle alla plus vite que moi, continua de s'infecter et mourut le 19 à minuit. L'autopsie nous montra le foyer septique au milieu des adhérences, et de plus, une infiltration purulente diffuse à travers l'épiploon, c'est-à-dire des lésions plus anciennes que mon intervention et n'ayant aucun rapport avec elle, puisque je n'avais pas touché au foyer. La laparotomie, en somme, était mieux indiquée et m'aurait permis d'évacuer l'abcès, mais elle ne pouvait rien contre l'infiltration diffuse et la septicémie déjà irrémédiable; de toutes façons, la malade aurait succombé.

La troisième mort (n° 298) eut pour cause indirecte une hémorrhagie. L'opération avait été bonne; un de mes internes ôta les pinces au bout de quarante-huit heures, et quelques instants après le sang se mit à couler. Il faut, en pareil cas, mettre la malade en travers, retirer les tampons, placer l'écarteur antérieur, conduire avec le doigt une pince érigne

qui attire le bord postérieur de la plaie vaginale, et placer *de visu*, tranquillement, de nouvelles pinces sur les points qui saignent; puis faire sortir les caillots du petit bassin et placer de nouveaux tampons. J'ai vu deux fois cet accident et sauvé les malades; mais il est tellement rare que tout le monde n'en a pas l'expérience. Ici la manœuvre fut faite un peu hâtivement, quelques pinces furent placées au jugé, des tampons accumulés. Le pouls se releva complètement et l'hémorrhagie ne revint pas; mais il y eut de l'infection et trois jours après la malade mourut de péritonite.

Dans les affections non suppurées, j'ai une mort le cinquième jour avec des symptômes d'obstruction intestinale, après une opération très simple pour un kyste parovarien (n° 325); l'autopsie manque. Une autre (n° 476) est morte de péritonite après une opération également simple, bien qu'il y eût adhérence à une anse d'intestin grêle et surtout à l'épiploon. Ces deux malheurs inattendus sont de ceux qu'on regrette amèrement, quand tous les jours des cas bien autrement difficiles se débrouillent si heureusement et nous donnent les plus beaux succès.

Dans les fibromes, encore une obstruction intestinale (n° 322), dont l'autopsie n'a montré aucune trace d'épanchement ni de péritonite; puis une femme diabétique (n° 338) à laquelle j'avais fait d'urgence, deux années auparavant, l'énucléation d'un gros fibrome pelvien qui lui comprimait absolument le rectum et la vessie, et qui, profondément anémiée par de nouvelles pertes, fut opérée le 6 juillet 1894 pour une tumeur enclavée plus grosse que l'ancienne. Je la savais diabétique et lui portais secours en faisant toutes les réserves que pareille situation comporte. Sans accidents opératoires, sans hémorrhagie ni péritonite, elle s'éteignit dans le coma au bout d'une semaine.

Telle est la somme de mes insuccès; que la chirurgie ou le chirurgien soit responsable, qu'il y ait ou non des circonstances atténuantes, les échecs sont bien rares eu égard au nombre des opérées ainsi qu'aux difficultés opératoires, si

bien que nous pouvons dire : l'hystérectomie vaginale a d'ores et déjà répondu à notre attente en faisant ses preuves de *bénignité*.

Un second point me tient à cœur, c'est celui de l'*efficacité thérapeutique*. Ce mot soulève à lui seul une foule de questions, je les indiquerai à peine.

S'il est un fait que mes observations mettent en évidence, c'est la netteté et la franchise des guérisons. Voilà, certes, un des meilleurs arguments que puissent faire valoir les partisans de l'hystérectomie vaginale. En étudiant les résultats de la laparotomie, beaucoup d'auteurs ont montré qu'elle guérit très bien les grosses lésions, les suppurations pelviennes; d'autres ont observé qu'elle réussit mal contre les petites lésions et les névralgies. De ces deux propositions, la seconde est souvent vraie et la première ne l'est pas toujours; aussi m'est-il arrivé souvent après les petites lésions traitées par la voie sus-pubienne, et quelquefois après les grosses, d'avoir à enlever l'utérus pour obtenir une guérison parfaite. Et cette guérison parfaite est la règle. J'ai publié vingt cas d'hystérectomie vaginale secondaire; toutes les malades, à l'exception d'une morphinomane, ont été guéries définitivement. J'en ai maintenant seize nouvelles, consécutives à des laparotomies pour suppurations pelviennes, salpingites parenchymateuses, névralgies avec trompes et ovaires plus ou moins altérés. Cinq fois la laparotomie avait enlevé un pyosalpinx unilatéral, et l'hystérectomie fut faite pour un pyosalpinx de l'autre côté. Une fois (nº 307) il y avait un gros utérus douloureux et hémorrhagique après l'ablation intégrale de deux trompes énormes et de deux kystes ovariques purulents. Une fois (nº 407), les hémorrhagies venaient d'un utérus très petit après l'ablation très complète des deux ovaires. Une fois (nº 475), elles avaient débuté après la castration double faite par un de mes collègues, et j'ai trouvé des adhérences étendues à tout le petit bassin. Or, quinze de ces malades ont bénéficié au maximum de mon intervention, leur guérison est achevée;

la seizième (n° 366), une hystérique douloureuse à qui je n'ai touché qu'à mon corps défendant, a été revue trois mois après, bien portante, sans douleurs et n'ayant plus d'attaques; je ne promets rien pour l'avenir. Deux fois (n°s 326 et 416), la castration unilatérale avait été faite pour des névralgies violentes; j'ai enlevé l'utérus seul, j'ai laissé volontairement l'autre ovaire, qui pouvait être accusé de perpétuer les souffrances, et les femmes n'en ont pas moins guéri.

Tous ces faits démontrent l'insuccès thérapeutique possible de l'ablation des annexes, et l'importance de la « castration utérine ». Voilà pourquoi, sans doute, l'hystérectomie vaginale, quand on juge à propos de la faire d'emblée, donne régulièrement des succès. Jamais je n'ai mieux compris sa valeur que chez une malade (n° 287) qui avait un pyosalpinx à gauche et un hydrosalpinx à droite, et dont l'utérus était littéralement imprégné de pus fétide. Sa cavité en était remplie, et sa paroi épaisse contenait deux gros foyers purulents interstitiels que j'ai ouverts au cours du morcellement. Je ne vois pas, en vérité, par quel mécanisme cette femme aurait pu guérir après l'extirpation des annexes, à moins d'une hystérectomie vaginale secondaire.

Je ne veux pas dire qu'il n'y ait aucune nuance dans les guérisons, ni aucun échec à éviter. A cet égard, je reviendrai sur une distinction qu'on néglige toujours et à laquelle, dans mon livre, j'ai consacré d'assez longs développements. Il y a des malades qui guérissent volontiers, d'autres qui sont rebelles. Les premières sont les lymphatiques. Elles n'accusent que des maladies qui en valent la peine : métrite infectieuse, salpingite parenchymateuse ou suppurée d'origine puerpérale ou blennorrhagique. Elles n'ont pas les « petites lésions », ou du moins n'en souffrent pas. Elles n'ont pas les douleurs à forme névralgique vaguement localisées, mobiles, répandues à tout l'appareil utéro-ovarien. Elles cessent leurs plaintes quand on a supprimé leur lésion, et justifient très souvent les opérations partielles.

Les arthritiques nerveuses, au contraire, saisissent tous les prétextes pour faire de la douleur et de la congestion; c'est chez elles que, faisant l'opération pour d'extrêmes souffrances, on trouve des altérations minimes, chez elles que la guérison est mal assurée, parce qu'après l'ablation d'un ovaire l'autre se prend, ou après la castration double elles ont encore un utérus, des vaisseaux et des plexus nerveux. Quand on a supprimé jusqu'au moindre lambeau d'annexes, leur utérus ne s'atrophie pas et quelquefois reste assez malade pour les mener à l'hystérectomie vaginale secondaire.

Eh bien, ces femmes que l'ablation des annexes ne remet pas sur pieds, c'est elles qui, même après l'hystérectomie, reviennent quelquefois nous voir avec des points névralgiques, des douleurs vagues, de la constipation, etc. Tout est souple dans leur cavité pelvienne; elles sont plus inquiètes que souffrantes, elles viennent nous demander si vraiment il n'y a plus rien, et après notre examen s'en retournent satisfaites. Elles sont rétablies, en un mot, vont et viennent et travaillent sans fatigue, mais elles sont toujours des arthritiques nerveuses. Si quelqu'une, par hasard, est moins heureuse et se déclare aussi malade qu'avant, c'est que l'opération a été faite, par erreur ou par nécessité, sur une neurasthénique, une hystérique vraie ou une aliénée, c'est-à-dire une de ces femmes qui sont les *noli me tangere* de la gynécologie.

J'ai dit que la netteté et la franchise des guérisons étaient liées, pour une grande part, à la castration utérine. J'y reviens sous une autre forme : la guérison parfaite n'est pas liée à l'ablation intégrale des annexes. Les adversaires de l'hystérectomie ont prétendu, *a priori*, que son défaut est de rester quelquefois incomplète, et de laisser dans le ventre des parties malades qui seront la cause de douleurs et de poussées nouvelles. Ses partisans eux-mêmes, les moins expérimentés, ont pensé que, pour faire une bonne opération, il était nécessaire de ne pas laisser le moindre lambeau.

C'est une grande erreur, et d'autres ont dit avec raison que les trompes et les ovaires s'atrophient et demeurent silencieux après la disparition de l'utérus, bien plutôt que l'utérus après la disparition des annexes. Quand des adhérences totales ont obligé le chirurgien à sculpter seulement l'utérus au milieu du « processus fibreux » ou à vider les poches purulentes et à les traiter méthodiquement, la malade guérit très vite, la masse pelvienne s'assouplit en quelques semaines, les poches sont oblitérées par le travail cicatriciel, sans qu'il reste ni fistules, ni suppuration prolongée; d'une façon générale, les retours offensifs ne sont pas à craindre. Je trouve dans mon livre que, sur 61 cas de suppuration pelvienne, j'ai fait vingt-deux fois l'ablation totale, douze fois l'ablation unilatérale, et vingt-sept fois je n'ai rien enlevé des annexes. Dans un groupe de soixante-huit affections non suppurées, je trouve quarante-deux extirpations bilatérales intégrales, sept unilatérales, huit dans lesquelles j'ai tout enlevé sauf un ovaire, une trompe ou un fragment tubaire, enfin onze castrations utérines sans aucune ablation d'annexes. Or, j'ai vu deux femmes (n°s 122 et 199), après une opération compliquée dont elles ont guéri dans les délais ordinaires, garder au fond du vagin une petite cavité suppurante qui s'est fermée au bout de quelques mois; voilà pour les suites immédiates. Et, pour les suites éloignées, j'ai vu une fois (n° 98), au bout de deux ans, la cicatrice vaginale devenir douloureuse; j'ai dû ouvrir un abcès gros comme un dé à coudre, et, au-dessus de lui, une petite collection de sérosité; le tout a guéri promptement et sans retour.

Dans la nouvelle série que je vous présente, les 65 cas de suppuration comprennent : 30 ablations bilatérales intégrales; 5 bilatérales sauf un ovaire ou une trompe; 11 unilatérales; 20 castrations utérines pures, sur lesquelles j'ai même une fois laissé le fond de l'utérus. Parmi les 89 cas d'affections non suppurées, il y a 64 ablations bilatérales intégrales; 3 bilatérales sauf un ovaire; 8 unilatérales; 14 castrations utérines pures. Et sur ce nombre, pas une malade n'a eu de suites prolongées ; une seule

(n° 403) est venue, cinq mois plus tard, se faire ouvrir un abcès iliaque du côté droit, et justement l'extirpation des annexes avait été complète.

Je suis loin de nier les accidents secondaires que plusieurs chirurgiens ont vus ou entendu raconter. On peut faire, par inexpérience ou par difficulté extrême, une opération incomplète, mauvaise. Mais, ce que j'affirme, c'est que l'opération incomplète n'est pas mauvaise par elle-même ; c'est qu'en allant avec méthode aussi loin que la prudence le permet, en ouvrant les collections, en traitant les organes dangereux et respectant ce qui n'est pas nuisible, on fait d'aussi bonne besogne que dans les cas simples où tout s'enlève aisément. Le principe qui doit nous guider, le but auquel nous devons tendre, n'en est pas moins l'extirpation complète ; il faut le dire aux chirurgiens encore timides qui seraient tentés de s'arrêter à moitié chemin. Mais, pour ceux qui ne s'arrêteraient jamais et s'acharneraient à tout arracher, il n'est pas inutile de répéter qu'après la disparition de l'utérus, le pansement des organes malades peut valoir autant que leur suppression.

Un chapitre encore bien intéressant, au point de vue de la valeur thérapeutique de l'hystérectomie vaginale, c'est celui des grandes névralgies pelviennes. Je n'ai garde, en ce moment, de vouloir réveiller la discussion que j'ai portée, il y a trois ans, devant la Société de chirurgie, que j'ai reprise et développée dans mon livre. On m'a fait, à cette époque, des objections nombreuses, sur le mot « grandes névralgies pelviennes », sur les causes, le diagnostic, l'utilité de l'intervention chirurgicale. Un premier point hors de toute controverse était la réserve extrême avec laquelle nous devions préconiser les opérations radicales dirigées contre des douleurs sans lésions appréciables, ou avec des lésions minimes ; et cette question de moralité professionnelle n'a certes rien perdu de son importance, aujourd'hui que le charlatanisme revêt de plus en plus la forme chirurgicale, et que nous voyons s'étaler sans

vergogne, dans tous les coins de Paris, l'exploitation des utérus douloureux et des femmes crédules.

Ceci bien entendu, il m'a paru que certains de mes collègues, en refusant l'opération contre les névralgies pures et en l'acceptant pour les grands symptômes accompagnés d'une petite lésion, si petite qu'elle fût, faisaient une subtilité ; que les petites lésions (ovaires polykystiques, adhérences, etc.) venaient à point pour expliquer des souffrances qui ont leur véritable origine dans le tempérament des malades, et pour légitimer l'intervention ; qu'enfin mes collègues opéraient aussi souvent que moi sur le symptôme douleur. Il m'a paru aussi que d'autres faisaient une confusion regrettable en attribuant à l'hystérie presque toutes ces douleurs pelviennes, et en disant que la chirurgie était impuissante à les guérir et pouvait même les aggraver. Sans doute, il faut se garder autant que possible, je l'ai dit plus haut, d'opérer les neurasthéniques, les hystériques vraies et les aliénées ; mais il y a, en dehors de ces catégories, l'arthritisme pur et simple, et les arthritiques nerveuses ont des névralgies utéro-ovariennes comme elles auraient des migraines ou des sciatiques. Avec un peu de sens clinique et en opérant sur ce terrain, on obtient des résultats remarquables et on rend de grands services.

Voilà comment, aux faits que j'ai déjà publiés, vient s'ajouter maintenant une douzaine d'autres cas de névralgie pelvienne, où j'ai trouvé des organes à peu près sains, et auxquels je pourrais ajouter plusieurs malades à « petites lésions » accompagnées du même appareil symptomatique. Or, j'ai pleinement échoué sur une femme de 31 ans (n° 363) qui avait un utérus infantile et des douleurs violentes depuis ses premières règles ; après un an, elle se plaint des mêmes douleurs et n'accuse pas la moindre amélioration ; je ne lui trouve pas les stigmates de l'hystérie. En revanche, toutes les autres sont heureusement transformées ; quelques-unes viennent se plaindre de petites douleurs dans les membres ou dans leur cicatrice, je leur conseille les injec-

tions chaudes ou l'hydrothérapie ; quelques-unes sont remarquables par la durée de leur maladie et l'intensité de leurs souffrances, contrastant avec la rapidité et la franchise de leur guérison (nos 398, 407, 435). Mais il y en a deux surtout, dont je veux, en terminant, vous raconter l'histoire, car elle est des plus instructives et montre bien que l'étude préalable et le choix du terrain ont une importance capitale.

La première (n° 355) est la femme d'un de nos collègues, professeur dans une ville de province. Agée de 45 ans, elle avait tous les attributs de l'arthristime, poussées fréquentes d'eczéma, éruptions furonculeuses, etc., mais aucun des stigmates de l'hystérie proprement dite, ni anesthésies, ni boule, ni attaques. Elle souffrait depuis vingt-deux ans; tous les traitements avaient été essayés sous la direction vigilante de son mari, toutes les eaux de France mises à contribution; l'électricité avait échoué comme le reste. Les plus grandes douleurs remontaient à quinze ans, et depuis trois ans la malade ne quittait presque plus la chaise longue. En 1892, une crise violente m'avait été signalée; il y avait, disait-on, de la péritonite avec fièvre et ballonnement, il y avait même une pyo-salpingite; c'est l'histoire de toutes ces crises de névralgie pelvienne. Les phénomènes de péritonisme ayant disparu, la malade, qui avait demandé une opération, n'en voulait plus ; son mari, ne croyant pas à des lésions pressantes et n'admettant que le nervosisme, ne savait à quel saint se vouer. Charcot avait dit qu'une opération pourrait être un jour nécessaire; Terrier l'avait conseillée avec réserve; Rigal, sans y pousser, la laissait entrevoir comme une planche de salut, et cherchait avec le plus grand tact à calmer les craintes de la malade, à soutenir son moral et à prévenir son découragement.

C'est alors que je la vis à Paris, en juin 1894. Il y avait peu de chose dans le petit bassin, une légère rétroversion et quelques vieilles adhérences. Dans la situation déplorable où elle se trouvait, mon jugement ne pouvait hésiter, l'hysté-

rectomie vaginale avait seule des chances de succès. Malheureusement, la neurasthénie était profonde; les troubles dyspeptiques, la faiblesse des jambes, les idées tristes me faisaient prévoir à quel point il serait difficile de rendre le calme à un système nerveux éprouvé depuis si longtemps. Sans être une « fausse utérine », la malade était de celles que le traitement local risque fort de laisser en détresse; et je dis à son mari que l'opération, très facile et sans danger sérieux, aurait beaucoup de peine à la guérir, mais pourrait l'améliorer. Sans prendre aucune décision, elle me donna rendez-vous dans une ville d'eaux où je devais aller pendant les vacances.

Sur ces entrefaites, elle eut occasion de voir Brissaud, qui lui déclara que l'opération était inutile et même lui serait funeste en la rendant plus malade. Je me demandai pourquoi Brissaud avait été si affirmatif, au risque de démoraliser complètement la pauvre femme. En faisait-il une hystérique, pour méconnaître ainsi les chances qu'elle avait de tirer profit d'une intervention? Pour moi, je n'ignorais pas les conditions fâcheuses créées par la neurasthénie, mais je n'avais pas le droit de considérer la malade comme absolument incurable.

C'est ainsi qu'après bien des hésitations nouvelles, l'opération fut faite, à Royat, le 29 août 1894. Je trouvai un utérus en rétroversion mobile, de gros ovaires scléro-kystiques, des trompes légèrement indurées et des adhérences molles autour des annexes. Et qu'en advint-il? Ce qui était prévu : la malade est améliorée, elle a quitté sa chaise longue pour y revenir de temps à autre, elle marche et fait quelques visites, elle souffre moins. La guérison n'est pas franche, les douleurs moins fortes ont le même caractère qu'autrefois, mais nous sommes loin de l'aggravation prédite par Brissaud. J'espère même que l'avenir amènera de nouveaux progrès, car j'ai vu plusieurs nerveuses mettre deux années à trouver leur équilibre et à se déclarer satisfaites. Je conclus de cette observation que l'état neurasthénique prononcé est

une des pierres d'achoppement que le chirurgien doit prévoir; que, s'il est mis en demeure de passer outre, il peut, dans certaines conditions, tirer quelque parti d'une situation grave; qu'enfin nous ne devons pas tout confondre avec l'hystérie, la forme la plus rebelle et pour nous la plus désespérante. Mon deuxième cas va vous montrer combien la chirurgie est puissante quand la neurasthénie n'est pas en cause, et combien il est utile de ne pas prendre banalement pour des hystériques toutes les femmes qui ont des névralgies pelviennes.

Il s'agit, cette fois, d'une fille de 27 ans (n° 358), qui vint me trouver à Saint-Louis en novembre 1893, ayant depuis quatorze ans des douleurs utérines excessives. Élevée par des parents d'adoption qui la battaient, l'exploitaient et la nourrissaient mal, elle avait beaucoup souffert de toutes façons. Elle était sage-femme, instruite et intelligente, et gagnait aisément sa vie; mais les crises douloureuses revenaient maintenant avec une telle fréquence qu'elle avait dû cesser tout travail. C'étaient comme de violentes contractions utérines qui l'arrêtaient au milieu de la rue, à chaque instant, sans compter les pesanteurs habituelles, le ténesme rectal, etc. Les règles étaient fort irrégulières, très peu abondantes, et revenaient quatre ou cinq fois par an. Elle était vierge, et avait un petit col étroit et difficilement perméable.

J'essayai la dilatation par les laminaires, qui ne put être supportée. Contre le vaginisme, qui rendait tout examen très pénible, je me décidai à faire la dilatation vaginale, et, à la faveur de l'anesthésie, j'y ajoutai la divulsion du col utérin. Après cette intervention, les crises névralgiques cessèrent brusquement, et je crus avoir guéri ma malade.

Mais, au bout de deux mois, toutes les douleurs étaient revenues; et, dans le courant de l'année 1894, elle vint me dire que sa situation était intolérable, et qu'il fallait lui enlever l'utérus. Un peu surpris par cette proposition, je refusai net, et lui donnai les raisons, qui, à son âge, devaient la détourner d'une opération radicale. Elle avait prévu ma

réponse, et se retira sans mot dire. Puis elle revint, et je compris qu'elle était sérieuse. Elle connaissait bien la question, elle avait suivi des services de gynécologie et vu des malades plus ou moins semblables à elle subir longtemps sans profit des traitements palliatifs, revenir après des interventions parcimonieuses, guérir par des opérations complètes. Ses projets d'avenir étaient faits; dans les conditions où elle devait vivre, il lui fallait la santé ; je devais reconnaître que ses raisons valaient bien les miennes.

Cependant je la renvoyai encore ; et, quand je fus de son avis, je la laissai revenir plusieurs fois avant de céder à sa prière. Puis je cédai, non parce qu'elle insistait, mais parce qu'elle avait raison.

A part la névralgie pelvienne, elle paraissait d'une bonne santé, active, dévouée, nullement aigrie par ses douleurs et par son enfance malheureuse. Son tempérament morbide n'apparaissait pas clairement ; et comme, d'autre part, il n'y avait pas trace de lésions anatomiques, ces douleurs violentes et tenaces n'étaient pas faciles à expliquer. J'espérais bien qu'avec ce bon état général et cette localisation absolue des douleurs dans le petit bassin, une opération radicale me donnerait le résultat cherché ; mais j'étais bien aise de me confirmer dans cet espoir en me faisant donner l'assurance que je n'avais affaire, chez cette malade, à aucune forme d'hystérie. Et comme Brissaud s'était trouvé en désaccord avec moi, tout récemment, dans un cas non pareil, mais comparable à celui-ci, j'eus l'idée de l'envoyer à Brissaud. Voici ce qu'il me répondit : « Il m'est impossible de rien trouver d'hystérique dans cette affaire... Je comprends que vous ayez songé à la névrose, étant donné que cette jeune femme n'a pas cessé de souffrir depuis son enfance... Si c'est de l'hystérie, c'est une hystérie monosymptomatique, et je ne crois pas beaucoup à celle-là, sous la forme viscérale. Du moins, je n'en ai jamais vu. Il n'y a aucun trouble de sensibilité, pas d'anesthésies cutanées ou sensorielles. Enfin, rien. »

Cette réponse de Brissaud m'intéresse infiniment. Voilà donc une jeune femme qui n'a pas trace de neurasthénie ou d'hypochondrie, et de plus elle n'est pas hystérique. Elle a, cependant, une névralgie pelvienne invétérée. C'est donc une névralgie, tout simplement; et il est inutile de chercher midi à quatorze heures pour me démontrer que cette névralgie ne guérira pas.

Le fait est que celle-ci a guéri merveilleusement. L'opération fut faite le 19 septembre 1894; utérus petit et mobile, trompes et ovaires sains. Depuis lors, la malade n'a pas souffert un seul instant, elle a repris ses travaux et n'est plus jamais arrêtée.

Il est donc vrai que, pour un chirurgien qui sait ce qu'il fait et n'opère pas à tort et à travers, ces grandes névralgies pelviennes, qui ne méritent pas d'autre nom, quoiqu'on en puisse dire, sont justiciables de l'hystérectomie vaginale. Et c'est bien l'hystérectomie vaginale qui réussit; car, d'après tout ce que j'ai vu, ma malade avait toutes les chances possibles de continuer de souffrir, si je lui avais laissé l'utérus et m'étais borné à la castration ovarienne.

DE L'INTERVENTION DANS L'HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE

Par **Paul Reynier**
Chirurgien de Lariboisière.

Depuis longtemps je me suis élevé contre l'abstention et l'expectation en présence d'une hématocèle péri-utérine. Avec Lawson Tait, je préconise l'intervention précoce. Pour justifier cette opinion, je vous rappellerai les statistiques si probantes de Martin (*Cent. f Gynæ.*, 1892) : 265 cas traités par l'expectation, 63 p. 100 de morts.

585 opérées, 76 p. 100 de guérisons.

De Ross (*Amer. Journ.*, 1893) : 29 opérées, 3 morts.

7 traitées par l'expectation, 2 morts.

Enfin celle plus importante et plus récente de Cestan (thèse 1894), qui rassemble 259 cas de rupture grave; 76 fois on n'est pas intervenu, il y eut 66 morts, 11 guérisons, soit 14,2 p. 100. 173 fois on a laparotomisé : 4 résultats non indiqués; 134 guérisons, soit 78 p. 100 et 35 morts, soit 21,3 p. 100 de mortalité.

Mais n'y aurait-il pas ces statistiques, ne serait-on pas encore entraîné à intervenir rien qu'en comparant la marche de la guérison par l'intervention, ou l'expectation.

Dans un mémoire publié dans les *Bulletins de la Société de Médecine pratique* en 1892, j'ai montré que si un certain nombre d'hématocèles peuvent guérir spontanément rien que par le repos, cette guérison est beaucoup plus longue que par l'intervention, et qu'elle est rarement complète ; il persiste des lésions, qui exposent aux récidives, à la suppuration, aux pelvi-péritonites ultérieures. J'en citais des exemples ; d'autres auteurs en ont rapporté d'analogues. Dans la thèse de Cestan, vous trouverez l'histoire d'une malade, qui après avoir eu une hématocèle, finit par être hystérectomisée par M. Ledentu pour des douleurs persistantes.

L'hématocèle péri-utérine, 90 fois sur 100 au moins, a pour cause une grossesse tubo-péritonéale, ou une salpingite hémorrhagique, dont l'origine, ainsi que l'on démontré Martin, puis surtout en France M. Pilliet, sur des pièces en partie prises dans mon service, est une grossesse tubaire. Or ces troubles de la fécondation ne se produisent que par le fait de lésions antérieures, dont j'ai donné deux exemples frappants que je rappellerai ici. Il s'agissait de deux femmes que je suivais depuis un certain temps pour des lésions des annexes, qui firent de la salpingite hémorrhagique, et finalement de l'hématocèle.

Si dans d'autres cas l'hématocèle est liée à la rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, ou d'une rupture veineuse, comme Devals le disait, et ce qui doit être tout à fait exceptionnel, il n'en reste pas moins établi que toute hématocèle, fait dire lésion antérieure des annexes. On comprend donc

que l'épanchement sanguin se résorbant, la lésion qui l'a produit n'en persiste pas moins, expliquant les récidives, ou les poussées de pelvi-péritonites ultérieures.

En présence d'une hématocèle il est donc bon et rationnel d'intervenir :

1° Dans quelques cas pour arrêter l'hémorrhagie.

2° Dans la majorité des autres cas pour débarrasser la cavité péritonéale d'un épanchement sanguin ou d'un produit de grossesse, qui peut s'infecter.

3° Pour supprimer la cause de cette hémorrhagie, enlever les annexes malades, et assurer ainsi la guérison définitive.

Pour obtenir ces résultats il nous reste maintenant à voir quelle est la meilleure intervention.

Nous avons deux voies pour aborder la collection sanguine : la voie vaginale et la voie abdominale.

Si l'hématocèle est suppurée, la voie vaginale est, sans conteste, celle de choix. C'est en somme dans ce cas un abcès qu'on ouvre, et l'ouverture vaginale, par le fait de sa position déclive, assure le drainage de cette cavité, et l'issue facile du pus évite l'infection péritonéale.

Mais nous ne voulons nous occuper ici que des hématocèles non suppurées, *des hématocètes récentes.*

Dans ce cas la voie abdominale me paraît devoir être préférée.

Je ne conteste pas que par la voie vaginale, on n'ait pu évacuer des hématocèles volumineuses et obtenir de nombreuses guérisons.

Mais vous n'êtes jamais sûr de pouvoir, par cette voie, reconnaître la cause de l'hémorrhagie et la supprimer.

Je connais des exemples, où l'incision du cul-de-sac faite, il est vrai, dans un cas d'hématocèle récente, a laissé persister malgré le tamponnement, une hémorrhagie qui tua la malade.

On cite des cas, ceux de Condamin par exemple, où par l'incision du cul-de-sac, on put extraire un fœtus, enlever l'annexe, qui était cause de l'hémorrhagie, et faire aussi une

opération complète. Mais ces observations très remarquables n'entraînent pas ma conviction. Ce sont des cas exceptionnels, où l'opérateur a été bien servi par les circonstances. Tout chirurgien qui aborde une hématocèle par le cul-de-sac postérieur ne peut se targuer d'être sûr, après avoir évacué la collection sanguine, de trouver la cause de l'hémorrhagie et de la supprimer. Il peut craindre de se trouver en présence d'une grossesse, d'un placenta saignant, et alors aux prises avec de grandes difficultés.

L'hystérectomie, tout en agrandissant la voie, ne permet pas plus sûrement de faire une opération complète. Certes, encore une fois, des observations heureuses ont montré que par cette voie on pouvait réussir, mais elles n'ont pas montré qu'on pouvait toujours et sûrement réussir. Dans un cas que je regrette, j'ai abordé une hématocèle par la voie vaginale en faisant l'hystérectomie. Il me fut impossible, au milieu des caillots, de trouver la trompe malade, et je dus la laisser en place. Or, on sait aujourd'hui que ces annexes restant en place après l'hystérectomie sont une cause de douleurs pour les malades. Je ferai remarquer de plus que l'hystérectomie dans les hématocèles est condamnable par le fait seul que le plus souvent, si j'en juge par mes observations, la lésion est unilatérale ; on n'a pas dans ce cas le droit de sacrifier l'autre annexe et un utérus sain.

Par la voie abdominale vous répondez à toutes les indications, que j'ai formulées plus haut de l'intervention.

Vous pouvez par cette voie arrêter plus facilement l'hémorrhagie, si vous êtes obligés d'intervenir comme je l'ai été dans deux cas, alors que l'hémorrhagie continue et menace la vie de la malade.

Vous pouvez mieux vous rendre compte de la lésion, et la traiter en connaissance de cause. Elle permet enfin de limiter son opération et de n'enlever que ce qui est malade.

L'intervention par la voie abdominale est plus rationnelle.

A-t-elle contre elle un danger plus grand ? Je ne le crois

pas, si on intervient toutefois *de bonne heure, alors qu'il ne s'est pas produit d'infection.*

Sur 42 cas, Lawson Tait relate 40 cas de guérison, avec 2 morts : le premier, dit-il, dû à son inexpérience de technique, le deuxième parce que la malade était pratiquement *in articulo mortis* quand il l'opéra.

Price (*Amer. Journ.*, décembre 1892, février 1894) a eu 81 guérisons et 3 morts.

Gusserow, 20 laparotomies avec 3 morts.

Rochet, 5 guérisons sur 5 opérées.

Richardson, sur 8 interventions, 8 guérisons.

Et aujourd'hui je vous apporte 12 cas de guérison sur 12 opérations, mais j'ajoute tout de suite toutes opérations, sauf une, qui ont été faites, deux en pleine hémorrhagie, une quatre jours après, les autres presque toutes dans la quinzaine ou le mois qui suivait la production de l'hématocèle.

Aussi, tout en reconnaissant que dans l'hématocèle ancienne, pouvant avoir déjà subi un commencement d'infection, la laparotomie peut être, comme quelques auteurs l'ont dit, une opération grave, je pense au contraire que lorsqu'on intervient de bonne heure, c'est une opération relativement bénigne, bien entendu si on est aseptique.

Mes observations se décomposent ainsi : trois observations se rapportent à des grossesses tubo-péritonéales, une de 5 mois dont je vous présente le fœtus, une de 3 mois, une de 2 mois. Neuf se rapportent à des hématocèles liées à des salpingites hémorrhagiques : dans la moitié des cas on a pu trouver des villosités placentaires. Les autres cas par ma faute n'ont pas été examinés histologiquement.

Par conséquent, on voit que dans tous les cas dont j'ai fait faire l'examen histologique, j'ai trouvé comme cause de l'hématocèle un trouble de fécondation, ce qui justifie ce que j'ai énoncé plus haut sur la fréquence de la grossesse extra-utérine comme cause d'hématocèle.

Le manuel opératoire dans tous ces cas a été fort simple. L'incision de la cavité péritonéale faite, si je ne trouve pas

du sang épanché dans la cavité péritonéale, ou si j'ai un doute, je fais une ponction exploratrice de la tumeur ; m'étant assuré que je suis en présence d'une hématocèle, je me porte sur le bord supérieur de l'utérus que je décolle des organes environnants, épiploon et intestin qui lui sont adhérents ; je pénètre ainsi dans la cavité sanguine.

Rapidement j'enlève avec la main les caillots et le sang, puis je recherche les annexes malades que j'enlève. Je finis alors le nettoyage du foyer sanguin par un lavage à l'eau boriquée jusqu'à ce que cette eau ressorte propre, et ne ramenant plus de caillots. Je referme alors le ventre sans drainage.

Dans mes deux premières observations seulement je fis un Mikulicz.

Depuis je m'en suis toujours passé, considérant que le sang de l'hématocèle est dans la grande majorité des cas aseptique, ou tout au moins très peu dangereux.

Contre cette assertion M. Quénu s'est élevé à la Société de chirurgie, pensant que l'enkystement était une preuve de la septicité de ces foyers sanguins.

A l'appui il cita une observation où l'examen bactériologique direct ne permettait pas de reconnaître la présence de microbes dans la masse sanguine, mais où la culture fit développer des streptocoques.

Par contre, je faisais faire quelque temps après par mon interne, M. Marie, élève du laboratoire de Pasteur, une analyse qui restait stérile, sur du sang pris dans un cas d'hématocèle enkystée.

Quelque temps après MM. Hartmann et Morax, dans 3 cas de grossesse tubaire avec hémosalpinx, et dans 2 hématocèles rétro-utérines avec fièvre (38°,4, dans un cas, et 38°,8 dans un autre), n'obtinrent aucune culture par l'ensemencement d'une grande quantité de sang.

Je crois donc être en droit de dire que les épanchements sanguins, qui constituent les hématocèles, sont exceptionnellement septiques, et qu'en tout cas leur septicité étant

très minime, le lavage à l'eau boriquée, et l'acide phénique dont les éponges sont imprégnées sont suffisants pour empêcher des micro-organismes encore si peu développés, de se cultiver.

Je vous cite dix observations, qui montrent que ce raisonnement paraît être juste, puisque la guérison est survenue sans encombre, en se passant du drainage si ennuyeux à cause des fistules qui en résultent le plus souvent.

Je ferai encore remarquer combien ce manuel opératoire, qui est d'ailleurs celui de Lawson Tait, est simple, comparé à celui qu'on préconise dans les traités de chirurgie.

On y dit qu'il faut suturer les parois de l'hématocèle aux parois abdominales. Il semblerait donc que l'hématocèle est limitée par une poche, comme le serait le sang contenu dans une salpingite hémorrhagique. Rien n'est plus contraire aux faits.

Quand le sang est enkysté, ce qui se produit au bout de quelques jours généralement, si j'en juge par mes observations, ce sang est le plus souvent renfermé dans un espace limité en arrière par le rectum, en avant par l'utérus et les ligaments larges, en bas par le cul-de-sac postérieur, et en haut par l'intestin et l'épiploon adhérent au bord supérieur de l'utérus et à la trompe.

Le ventre ouvert, on tombe tout d'abord sur l'utérus et sur la face antérieure des ligaments larges repoussés contre la paroi abdominale.

Si on rompt les adhérences qui unissent le bord supérieur de l'utérus et des ligaments larges à l'épiploon et à l'intestin, on pénètre de suite dans le foyer sanguin. Il est impossible de suturer les ligaments et les débris des adhérences intestinales et épiploïques.

Quand on a suturé, on a dû très probablement pénétrer à travers le ligament large, qu'on a pu prendre pour une paroi de poche, et suturer les lèvres de cette incision au péritoine pariétal.

Quant au moment d'intervenir, je diverge un peu d'opinion avec Lawson Tait.

Dès que je suis appelé auprès d'une hématocèle commençante, je me prépare à l'opération.

Toutefois, sachant que la plus grande quantité d'hématocèles s'enkystent, que l'hémorrhagie est le plus souvent bien supportée, je relève les forces des malades avec des piqûres d'éther, les injections de caféine, la glace sur le ventre, et j'attends.

Si les phénomènes s'aggravent, j'interviens rapidement, ce que j'ai fait dans deux cas, quarante-huit heures après le début des accidents.

Mais généralement je gagne du temps, préférant ici comme dans toutes mes interventions sur l'abdomen, n'intervenir que le choc hémorrhagique passé, pour ne pas l'aggraver par le choc opératoire. Aussi est-ce dans la quinzaine qui suit le début des accidents que j'opère, de préférence, quand je suis libre toutefois.

Je conclus en préconisant l'intervention précoce, avant qu'il ne se soit produit des phénomènes d'infection.

Cette intervention évite aux malades de longs jours de souffrance, les guérit rapidement en assurant la guérison définitive.

La meilleure voie pour intervenir me paraît être la voie abdominale, qui permet de faire une opération, sans être, quand elle est précoce, dangereuse pour la malade.

Obs. I. — M. Sp..., 1890, 22 ans. Absence de règles depuis 2 mois, se croyait enceinte. 27 octobre, hémorrhagie abdominale grave, syncope, lipothymie, pâleur des téguments. Le surlendemain, pouls un peu remonté grâce aux piqûres d'éther. 29 octobre matin, faiblesse, état général mauvais s'accentuant, laparotomie d'urgence. Plus de 3 litres de sang, non enkysté dans la cavité abdominale ; ligature de l'artère utéro-ovarienne gauche arrête l'hémorrhagie, mais faiblesse oblige de refermer le ventre, de remettre la malade dans le lit sans avoir fait toilette suffisante du péritoine. Devant menace du péritoine réouverture deux jours après de la cavité abdominale. Drainage. Guérison. Bien qu'on n'ait pas trouvé le fœtus, le diagnostic paraît certain de grossesse extra-

utérine de 2 mois. L'observation a été publiée au long au Congrès de chirurgie 1891.

Obs. II. — Victorine K..., 26 septembre 1891. Hôpital Tenon. 36 ans, 9 enfants. 15 jours avant son entrée, règles s'arrêtant brusquement ; douleurs dans le ventre, syncope à l'entrée 26 septembre ; ventre mat à la partie inférieure, cul-de-sac postérieur tombant dans le vagin : utérus repoussé en avant. Diagnostic, hématocèle. Opération, laparotomie le 8 octobre, sang épanché dans le cul-de-sac postérieur. Salpingite hémorrhagique, distincte de la collection sanguine. Nettoyage de la cavité. Drainage. Guérison.

Obs. III. — Cor..., octobre 1891, Tenon ; laparotomie le 4 octobre pour grosse hématocèle du cul-de-sac postérieur. Salpingite hémorrhagique concomitante. Ablation de la salpingite hémorrhagique, ligature de l'artère utéro-ovarienne. Pas de drainage. Guérison. — Malade depuis 3 mois, n'avait plus ses règles. Elle perdait du sang irrégulièrement. 12 jours auparavant, syncope. Ventre se ballonne. A l'entrée, diagnostic avait été fait d'hématocèle.

Obs. IV. — Pouj..., 1891, 30 juillet, entre à Tenon. — 15 jours avant l'entrée, au moment des règles, arrêt brusque de la menstruation, douleur vive dans le côté gauche, vomissements : laparotomie 3 juillet, salpingite hémorrhagique gauche, ovaire kystique. Kyste contenant du sang. Collection sanguine et caillots dans le cul-de-sac postérieur, de quoi remplir la moitié d'une cuvette ordinaire nettoyage ; du péritoine, lavage à l'eau boriquée, pas de drainage. Guérison.

Obs. V. — Cal..., Tenon. Il y a deux mois, au moment des règles, arrêt brusque, douleur dans le ventre, puis les règles recommencent, pas de règles le mois suivant. Il y a 12 jours, douleurs dans le ventre, pâleur du visage, lèvres décolorées. Trois jours après son entrée, 26 janvier, laparotomie ; hématocèle, 1,200 grammes de sang enkysté en caillots, dans le petit bassin. Trompe et ovaire gauche dissociés ; hémorrhagie, paraît s'être faite entre les deux organes. Trompe remplie de sang. Pas de drainage. Guérison.

Obs. VI. — Rif..., 1892, Tenon. Dernières règles 22 septembre, durant huit jours ; au bout de ce temps, syncope dans la rue. Depuis 12 jours, ventre augmente de volume ; cul-de-sac postérieur bombé, utérus repoussé en avant, augmenté de volume. Diagnos-

tic, hématocèle ; laparotomie. Au milieu des caillots de sang, œuf contenant un placenta et un fœtus de 4 mois que rien dans l'interrogatoire de la malade n'avait pu faire soupçonner ; lavage avec eau boriquée. Pas de drainage. Guérison.

Obs. VII. — Gai..., 1892, Tenon, 40 ans. Depuis 3 mois, règles viennent irrégulièrement ; il y a 15 jours, menstruation subitement suivie de douleur dans le ventre, qui se ballonne ; vomissements, facies pâle, cul-de-sac postérieur distendu. Laparotomie, hématocèle peu volumineuse, sang et caillots (contenance de 2 verres) dans le cul-de-sac postérieur, trompe au-dessus de l'ovaire droit, trompe remplie de sang, ovaire à kyste sanguin. Pendant l'ablation, il a été déchiré, difficile de dire d'où vient le sang.

Obs. VIII. — Hortense Meg..., 23 ans. Hôpital Tenon, 20 novembre 1892. Réglée à 12 ans, douleurs à droite. Premier accouchement normal à 21 ans. Fausse couche de trois mois à 25 ans. Règles irrégulières depuis ce temps. Depuis six mois, les douleurs à droite ont augmenté. Depuis trois semaines, perd du sang, ce qui la décide à venir. Ventre douloureux, ballonné. Au toucher, utérus en avant du cul-de-sac postérieur, qui bombe dans le vagin. Opération. Laparotomie. Utérus en avant du cul-de-sac de Douglas. Caillots sanguins au milieu de la trompe droite. Adhérence augmentée de volume, qui est pédiculisée par nous. Elle contient du sang. A gauche, annexes saines. Pas de drainage. Guérison.

Obs. IX. — Win..., 6 juillet, est prise de douleurs brusques dans le ventre avec vomissements. Obligée de s'aliter. Depuis deux mois elle ne voyait plus, les règles venaient de réapparaître quand ces douleurs l'ont prise. Les règles qui n'avaient paru qu'un jour, depuis huit jours ont reparu, ou plutôt un écoulement de sang paraît. Toucher. Utérus en avant. Masse molle du cul-de-sac postérieur. Diagnostic hématocèle. Laparotomie le 30. Hématocèle du cul-de-sac postérieur. Salpingite hémorrhagique gauche. Annexes droites saines. Sang infiltre le ligament large gauche, paraît venir de la rupture d'un vaisseau intra-ovarien. Pas de drainage. Guérison.

Obs. X. — Marie D..., 33 ans, 1893, juillet. Tenon. Depuis trois mois, absence de règles véritables. Par moment, écoulement sanguin qui dure une journée. Il y a vingt jours, douleur dans le ventre, menace de syncope ; s'est alitée. Ventre a grossi. Laparo-

tomie. Diagnostic : hématocèle. Sang épanché avec caillots dans le cul-de-sac postérieur. Appendu à la trompe, moitié dans le pavillon, œuf contenant fœtus de trois mois environ avec placenta gros comme le creux de la main. Hémorrhagie a dû provenir de la rupture sur un point de cet œuf. Pas de drainage. Guérison.

Obs. XI. — Dec..., 27 ans, a eu trois enfants, souffre du ventre depuis six ans, dernières règles 22 septembre. Reste six semaines sans les avoir. Règles le 5 mars. 20 mars, poussée de fièvre et douleurs augmentant jusqu'au jour de l'entrée. 8 avril. Examen. Utérus gros, dans le cul-de-sac. Grosse masse, qui fait saillie, fluctuante. Opération. Incision du cul-de-sac. Sang noirâtre s'écoule. Tamponnement à la gaze iodoformée. Ventre toujours ballonné. Quelques jours après, laparotomie. Guérison.

Obs. XII. — Cécile Aug..., 1893, 30 ans. Réglée à 15 ans. Premier enfant à 19 ans. Deuxième à 24, troisième à 26 ans. Il y a trois mois, les règles se sont arrêtées, puis ont reparu après deux mois de suspension. Brusquement, douleurs dans le ventre. Obligée de s'aliter. Ventre se ballonne. Entre à l'hôpital le 15 octobre 1893. Utérus porté en avant. Dans le cul-de-sac postérieur, masse fluctuante. Ponction de cette masse avec trocart fin. Sang s'écoule. Laparotomie le 25 octobre. Hématocèle dans cul-de-sac postérieur. Ovaire kystique et salpingite hémorrhagique gauche. Ligament large infiltré de sang, déchiré. Dans les vaisseaux utéro-ovariens, elle paraît être la source de l'hémorrhagie.

UN FAIT D'HÉMATOCÈLE SOUS-PÉRITONÉO-PELVIENNE TRAITÉE PAR L'INCISION ISCHIO-RECTALE ET LA DÉCORTICATION DE LA POCHE

Par **F. Lejars**,
Agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

L'histoire de l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne est encore trop complexe et trop incomplète, pour qu'il ne soit pas utile d'en recueillir et d'en analyser tous les faits. L'observation suivante se marque, d'ailleurs, et par le volume de la

tumeur sanguine, et par la localisation très nette que l'opération a permis de constater, et par la voie qui a été suivie pour l'ouverture et la décortication de la poche.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, que j'opérai à la Pitié, dans le service de M. le Dr Paul Reclus, alors absent, en septembre 1894.

Jusqu'à l'âge de 42 ans, elle n'avait eu que des affections banales et sans gravité ; elle était bien réglée; sa première grossesse, qui datait de vingt-quatre ans, s'était passée sans incidents ; la seconde datait de dix-huit ans et n'avait été suivie, non plus, d'aucune coı plication. Pas de fausse couche, jamais de douleurs abdominales, aucun accident pelvien.

C'est à une attaque d'influenza, qui remonte à cinq ans, que la malade rapporte le début de ses souffrances. Brusquement, sans motif, elle fut prise d'une métrorrhagie abondante ; dès lors, la menstruation cessa d'être régulière ; les pertes reparaissaient tantôt deux fois par mois, tantôt toutes les semaines ; elles n'étaient, du reste, jamais très considérables, et n'ont entraîné qu'une anémie légère. Aujourd'hui encore, l'état général est très satisfaisant.

L'âge de notre malade eût peut-être suffi à expliquer les bizarreries menstruelles, sans les douleurs, assez vives pour imposer le repos au lit, irradiées dans les reins et les cuisses, qui accompagnaient chaque période, et que la patiente compare aux douleurs de l'accouchement ; de plus, la défécation et la miction commencèrent, dès ce moment, à être difficiles ; la constipation était ordinaire, elle se compliquait de ténesme, de faux besoins, et les selles n'avaient pas lieu sans de grands efforts ; la miction était aussi notablement gênée.

Tous ces phénomènes fonctionnels se sont aggravés depuis deux ans. Il y a un an, la malade s'apercevait elle-même de la présence d'une tumeur, d'une sorte de bosse saillante, en dessous de la fesse droite. Depuis, elle a remarqué que la grosseur, tout en augmentant progressivement de volume, semble croître surtout au moment des règles, et devient alors plus proéminente et plus tendue.

Voici ce que nous constatons, à l'examen de la région vulvo-périnéale. A droite de l'anus, au niveau de la fosse ischio-rectale, les téguments sont soulevés par une bosselure arrondie, aussi grosse que le poing, de contours assez nets, et dont le relief se

prolonge en avant jusqu'au delà du bord de la fourchette. Cette tumeur est de surface lisse et régulière, recouverte par une peau de teinte légèrement violacée. A la main, elle présente une certaine consistance et paraît rénitente plutôt que nettement fluctuante. Elle ne figure que le pôle inférieur, apparent, d'une vaste poche, que l'exploration du rectum, du vagin et de la fosse iliaque permet de retrouver et de suivre dans tout son développement.

Le doigt ne pénètre pas sans peine dans le rectum : une grosse masse, en dos d'âne, lisse et indurée, qui soulève la paroi latérale droite, en efface à peu près complètement la lumière. Bien que la tumeur ne soit que vaguement fluctuante, la transmission est pourtant très nette, du rectum à la fosse ischio-rectale.

Dans le vagin on découvre aussi une volumineuse tumeur qui occupe et soulève en relief, toute la hauteur de la paroi postéro-latérale, qui entrave le toucher et ne laisse le doigt atteindre qu'avec beaucoup de peine le col utérin, très haut situé. L'utérus est, en effet, soulevé en masse, et, au-dessus du pubis, il est aisé de le sentir et de reconnaître que, très mobile et plutôt un peu petit, il a conservé sa forme et toute son apparence normale. Enfin, la fosse iliaque droite est remplie, dans toute sa moitié inférieure, par l'énorme poche, dont il devient, dès lors, assez facile d'établir la topographie. J'ajoute que la pression et toutes les manœuvres d'exploration ne provoquaient que très peu de douleur. La température était, d'ailleurs, normale, mais la collection semblait grossir plus vite et s'accroître de jour en jour.

Nous n'étions nullement hésitant sur la nature du contenu, car, à part même la consistance spéciale, pâteuse, indurée par places, fluctuante dans l'ensemble, une ponction, pratiquée peu de jours avant par M. Lapointe, interne du service (1), avait donné issue à un liquide, de coloration brunâtre, chocolat. Nous étions en présence d'une poche hématique, et nous venions de relever tous les caractères objectifs de l'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne.

J'intervins, le 7 septembre, sous le chloroforme, et je pratiquai l'opération suivante. J'attaquai par la région ischio-rectale, où elle dessinait une si forte saillie, la tumeur sanguine. La malade étant dans la position dorso-sacrée, je fis à six centimètres environ

(1) M. Lapointe nous a fourni très obligeamment les notes qu'il avait recueillies, jour par jour, sur notre malade.

en dehors de l'anus et de la fourchette, sur le relief de la tumeur, une incision antéro-postérieure de dix centimètres; j'arrivai presque aussitôt sur la poche, dont la paroi rougeâtre apparut, dès que j'eus sectionné la peau, la graisse et une lame fibreuse, je la ponctionnai au bistouri, puis j'agrandis largement l'ouverture, dans toute la hauteur de l'incision cutanée : il sortit une abondante quantité, un litre environ, d'un liquide épais, brunâtre, de couleur chocolat, et mêlé de gros caillots noirs, qui tapissaient tout le fond de la poche. Quand elle fut complètement vidée et soigneusement lavée à la solution de sublimé à 1 pour 3000, je me rendis compte de ses énormes dimensions et de sa situation exacte. Elle remontait si haut que non seulement le doigt et la main à demi introduites n'en pouvaient atteindre le cul-de-sac supérieur, mais qu'une longue curette, introduite de 20 centim. environ, parvint seule à détacher les caillots qui incrustaient encore cet arrière-fond. La poche était, d'ailleurs, parfaitement close de toutes parts ; elle occupait toute la moitié droite du bassin, et l'on sentait, en dedans, l'utérus refoulé, et plus bas, deux sortes de voussures molles, représentant le vagin et le rectum.

A la partie toute supérieure, une masse noirâtre du volume d'un petit œuf, faisait relief dans la cavité et semblait comme appendue au cul-de-sac supérieur ; je la saisis avec un clamp et cherchai à la pédiculiser, mais elle se déchira et fut extraite en deux fragments. Elle était extrêmement friable et présentait vaguement l'aspect du tissu ovarien ; nous verrons tout à l'heure que ce n'était là qu'une apparence.

Je me mis alors en devoir de décortiquer et extirper la paroi de cette énorme poche, paroi résistante, d'épaisseur variable, atteignant par places jusqu'à un demi-centimètre ; le travail de dissection fut d'abord assez facile, mais à mesure que je gagnais une région plus élevée, les adhérences devenaient plus étroites et plus larges. Ce fut surtout en dedans, au niveau de la paroi rectale et en haut que les difficultés furent grandes ; il fallut poursuivre très lentement, en s'aidant des ciseaux et du doigt, la manœuvre de dissociation. Pourtant, à mesure que la poche était libérée, les tractions exercées sur elle abaissaient son cul-de-sac supérieur, qui devenait de plus en plus accessible, et la dissection se faisait toujours de la sorte, non pas à l'aveugle, mais sous les yeux. Je constatai, au cours de ce long travail, que la poche avait

refoulé et dissocié le releveur de l'anus, dont les faisceaux éparpillés montraient sa face externe. En dedans elle adhérait entièrement aux parois du rectum, qu'on ne parvint à isoler qu'avec grand'peine. Enfin la décortication se compléta sans accident; j'avais réussi, en la morcelant peu à peu, à extirper toute la poche et j'ajoute qu'en haut le péritoine n'était pas ouvert: j'apercevais une sorte de membrane grisâtre et flottante, qui s'était notablement abaissée; or, en aucun point, je n'y découvrais de perforation.

L'hémostase fut soigneusement faite, car la vascularisation très grande de la poche et du tissu ambiant, avait nécessité de nombreuses ligatures; puis, après un lavage abondant, la cavité ischio-rectale fut tamponnée à la gaze salolée, et l'incision superficielle rétrécie, en avant, par quelques points de suture.

Les suites de cette opération furent traversées par un incident, que l'amincissement de la paroi rectale en certains points était de nature à faire craindre. Au second jour, l'état général étant d'ailleurs très satisfaisant, il y avait une légère élévation thermique et le tamponnement était souillé par de la sérosité sanguinolente. On retira le tamponnement salolé, qui présentait une odeur fécaloïde des plus nettes.

Au troisième jour, la sérosité ayant de nouveau imbibé le pansement, on retrouvait la même odeur, sans qu'il y eût encore traces de matières fécales sur les bandelettes du tamponnement. D'ailleurs, par le rectum, on ne découvrait aucune apparence d'orifice.

Au quatrième jour, la malade, grâce au calomel et à un lavement, avait plusieurs selles, et le soir M. Lapointe trouvait le tamponnement souillé de matières fécales, qui s'écoulaient par la plaie ischio-rectale. La paroi rectale avait cédé et une fistule stercorale s'était établie; elle devait être d'ailleurs assez petite, car une exploration soignée ne permit pas de la découvrir.

Cet accident n'empêcha pas la malade de se rétablir vite, et, au bout de quelques semaines, la plus grande partie de l'énorme poche était comblée; il ne restait plus qu'une cavité fistuleuse assez étroite, communiquant, en haut, par un orifice devenu très net, avec le rectum. Les matières fécales continuaient à s'écouler largement par cette voie anormale.

Le 8 octobre, j'opérai ce trajet recto-cutané comme une fistule à l'anus ordinaire, en fendant la cloison qui le séparait de la cavité.

La plaie se rétrécit peu à peu, mais elle laissa à sa suite, une incontinence, due à la lésion sphinctérienne et à l'élargissement du canal anal.

Aussi, le 8 décembre, je pratiquai une ano-rectorhaphie postérieure qui me permit de rendre à l'anus ses conditions de fonctionnement normal ; quelques mois après, une petite intervention complémentaire acheva de faire disparaître à peu près complètement l'incontinence, et la malade, que, depuis longtemps, cet incident, seul, retenait dans nos salles, sortit de l'hôpital Beaujon, où je l'avais fait passer, dans un excellent état de santé.

L'examen de la poche et de cette petite masse d'apparence ovarienne, que nous avions détachée de son cul-de-sac supérieur, n'a donné que des résultats peu intéressants : la paroi était simplement fibreuse, la petite masse était formée « de tissu conjonctif jeune, avec, de place en place, des capillaires à paroi composée seulement de cellules endothéliales, et, sur certains points, des dépôts de fibrine ». (Examen pratiqué par M. le Dr Bezançon, chef de laboratoire à la clinique chirurgicale de la Pitié.) Je me garderai donc de formuler aucune hypothèse pathogénique. Ce que je tiens à mettre en lumière, c'est la topographie exacte, telle que j'ai pu la relever nettement, au cours de l'opération, du kyste sanguin qui occupait l'épaisseur du ligament large, avait refoulé les annexes par en haut, l'utérus par en dedans, remplissait toute la moitié latérale de l'excavation, distendait le releveur de l'anus, l'éraillait, et venait soulever les téguments au niveau de la fosse ischio-rectale.

Ce dernier fait commandait en quelque sorte, ici, la voie à suivre pour attaquer la collection. Cette voie ischio-rectale semble, du reste, favorable, puisqu'elle nous a permis, non seulement de vider la poche hématique, mais de décortiquer la paroi dans sa totalité, et je rappelle que le fond de la poche s'abaisse et devient accessible, à mesure que la dissection s'avance, ce qui aide beaucoup au travail de dissociation, J'aurais pu me borner, sans doute, à ouvrir largement et à tamponner cette énorme cavité, et, de la sorte, j'aurais évité

la fistule stercorale, qui a nécessité une intervention réparatrice secondaire ; mais la poche me semblait de dimensions trop vastes, pour se prêter à l'application de cette méthode : elle eût exigé trop de temps pour se combler, et peut-être une longue fistule pelvi-rectale supérieure eût été le dernier terme de ce processus d'oblitération spontanée. Du reste, en ne poursuivant pas la dissection jusqu'au bout au niveau de la paroi latérale du rectum, j'aurais évité d'en amincir les tuniques au point de rendre une perforation à peu près inévitable, et c'est le parti que je prendrais, dans un autre cas de ce genre, l'observation précédente m'ayant montré que ces grandes poches sous-péritonéo-pelviennes adhèrent surtout en dedans, au vagin et plus encore au rectum, et que c'est là seulement que leur décortication peut présenter quelques dangers.

SUR UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE TERMINÉE PAR RUPTURE ET GUÉRIE PAR L'INTERVENTION

Par le Dr A. Demoulin
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Je désire vous entretenir d'un cas de grossesse tubaire terminée par rupture : rupture suivie d'un vaste épanchement sanguin intra-péritonéal. Je pratiquai la laparotomie huit heures après le début des accidents ; la malade a été sauvée par cette intervention.

C'est dans le service de M. Reclus que se trouvait la malade, c'est à la bienveillance de ce maître distingué que je dois de pouvoir rapporter l'observation que voici :

Alice G..., 30 ans, ménagère, entre le 27 mai 1895, à l'hôpital de la Pitié, salle Gerdy, lit n° 3.

Pas d'antécédents héréditaires dignes d'être notés.

Rien dans les antécédents personnels, n'a jamais été malade ; a eu 2 enfants à terme, l'un mort à 4 ans, l'autre à 6 mois, tous deux

de méningite. — Suites de couches normales. G... avait depuis 6 semaines un retard des règles et malgré cela ne se croyait pas enceinte.

Le 27 mai, vers dix heures du matin, elle est prise, brusquement et sans cause appréciable, d'une douleur vive, irradiée à tout l'abdomen, bientôt suivie d'un état syncopal.

Transportée à la Pitié où je la vois vers six heures du soir, huit heures par conséquent après le début des accidents.

Tous les signes d'une hémorrhagie interne, grave. Pâleur de la face, pouls imperceptible, temp. axill. : 35°,7. Soif vive.

Le ventre est uniformément tendu, les muscles de la paroi sont contractés, la sensibilité de l'abdomen à la pression est vive, la percussion est presque impossible et je ne constate, après avoir vidé la vessie qui ne contenait qu'une faible quantité d'urine, qu'un peu de submatité dans la région hypogastrique.

On ne sent pas de tumeur par le toucher vaginal, les culs-de-sac ne tombent pas, l'utérus est fort mobile et le toucher rectal montre qu'il est gros, un peu rétrofléchi sur le col.

Diagnostic : Vaste hémorrhagie intra-péritonéale, très probablement due à la rupture d'une grossesse tubaire (retard de six semaines dans la menstruation).

La malade était si faible que j'hésitai un moment à l'opérer ; je me ravisai et après l'avoir fait endormir avec l'éther, je pratiquai la laparotomie.

Incision de l'ombilic au pubis sur la ligne médiane.

Le péritoine ouvert, les intestins se montrent immédiatement, flottant à la surface d'une nappe sanguine en partie liquide, en partie formée de caillots noirâtres.

Les intestins sont relevés par en haut à l'aide d'une compresse aseptique, la main droite introduite dans l'abdomen à la recherche du fond de l'utérus. Il n'y a rien du côté des annexes droites explorées les premières ; mais à gauche, je saisis sur le bord supérieur du ligament large une masse de la grosseur d'un petit œuf, elle saigne dans la main. Elle se laisse facilement attirer au dehors, c'est la trompe rompue et l'ovaire ; sur leur pédicule un clamp est appliqué. L'hémorrhagie s'arrête. Avec des compresses aseptiques, nettoyage rapide de la cavité du petit bassin, des fosses iliaques et des fosses lombaires ; nous retirons ainsi deux litres au moins de sang et de caillots. Clamp remplacé par une

ligature double au fil de soie, section du pédicule de la trompe et de l'ovaire qui sont enlevés. Le péritoine est sain.

Pas de drainage.

Suture de la paroi en un seul plan.

L'opération a duré dix-huit minutes. A noter qu'aussitôt que la malade fut soumise aux inhalations d'éther, le pouls devint perceptible.

Immédiatement après l'intervention, injection dans la profondeur d'une des fesses de 100 grammes de sérum artificiel.

(L'examen des caillots fait découvrir la présence d'un embryon de 20 millimètres de longueur, et celui de la trompe un amincissement de la paroi tubaire au niveau duquel est une rupture d'une longueur d'un centimètre et demi environ. Il y a dans la cavité de la trompe quelques caillots et des débris placentaires. Il s'agit donc bien, d'après les dimensions de l'embryon, d'une grossesse tubaire de six semaines.)

La malade eut de la peine à triompher de l'état anémique grave où elle se trouvait; elle y parvint grâce aux injections de sérum qui furent répétées pendant trois jours. La température se releva peu à peu, atteignit 38° le soir du troisième jour après l'opération et resta normale depuis cette époque.

Les fils furent enlevés au huitième jour.

La malade quittait l'hôpital le 20 juin, encore un peu anémiée, mais en bon état, avec une cicatrice irréprochable.

J'ai employé à dessein le terme : *épanchement sanguin intra-péritonéal*, car : « *l'épanchement de sang, l'hémorrhagie intra-pelvienne ne doit pas être confondue avec l'hématocèle. Ce mot qui a une signification à la fois anatomique et clinique doit être réservé aux collections sanguines enkystées...* » (Pozzi, Traité de gynécologie clinique et opératoire.)

Les précédents orateurs, MM. Bouilly, Reynier, viennent de nous entretenir, avec le talent que chacun se plaît à leur reconnaître, du traitement de l'hématocèle telle que nous venons de la définir, et nous ont dit leurs préférences en ce qui touche la voie de l'intervention ; les quelques considérations que je désire vous présenter s'appliqueront seule-

ment au traitement de ces vastes épanchements sanguins intra-péritonéaux qui suivent la rupture de la grossesse tubaire et qui mettent immédiatement la vie des malades en danger.

Un précepte élémentaire de chirurgie est que quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie il faut aller rechercher sa source au plus vite afin de la tarir. Je m'y suis conformé, et je n'insisterais pas, si, sur le point qui nous occupe en ce moment, les chirurgiens étaient d'accord. Ils ne le sont malheureusement pas en présence de ces cas improprement appelés : hématocèle à début dramatique par Bernutz, hématocèle cataclysmique par Barnes. Ce sont là des termes qui, réserves faites pour le mot hématocèle, ne donnent pas moins une idée de la soudaineté et de la gravité des accidents.

Ici en effet, les chirurgiens se divisent en non-interventionnistes et en interventionnistes.

Il me serait facile de citer des noms, je renvoie ceux qui voudraient avoir, à ce sujet, des détails complets, à l'excellente thèse de Cestan, auquel j'emprunterai quelques chiffres pour soutenir l'opinion que je défends, à savoir que : quand on se trouve en présence d'une hémorrhagie intra-péritonéale grave et que les commémoratifs recueillis permettent de penser à la rupture d'une grossesse ectopique (tubaire dans l'immense majorité des cas), le devoir du chirurgien est d'intervenir le plus tôt possible.

Les non-interventionnistes disent : Si le cas est grave, n'opérez pas la malade, cela l'achèverait. Attendez, l'état pourra s'améliorer et alors vous interviendrez. Mais, je suis en présence d'une malade qui se meurt, je ne sais pas si son état s'améliorera malgré les moyens médicaux les plus rationnels, et, s'il s'aggrave, je regretterai de n'avoir pas opéré. D'ailleurs, où sont les signes qui, en présence d'une malade qui s'éteint, peuvent faire penser que l'hémorrhagie s'arrêtera.

Voilà pour le raisonnement. Passons aux chiffres.

Lawson Tait, avant que les pratiques de l'antisepsie lui eussent permis d'intervenir, a vu 38 malades, dans des cas analogues au nôtre; pas une n'a guéri, toutes sont mortes.

Cestan (1), dans sa thèse, réunit 76 cas d'hémorrhagie grave intra-péritonéale à la suite de rupture de grossesses ectopiques et dans lesquels on n'est pas intervenu : il trouve 66 morts, 11 guérisons, soit 85,8 p. 100 de mortalité contre 14,2 p. 100 de survie. Voilà des chiffres qui pour être moins sombres que ceux de Lawson Tait, ne sont guère rassurants.

Voyons maintenant les résultats obtenus par les interventionnistes.

Lawson Tait a depuis 1878 opéré systématiquement ses malades. Il avait antérieurement vu, sans intervenir, 38 morts sur 38 malades, et voilà que sur 42 opérées à l'heure actuelle, il compte 40 succès et 2 morts seulement.

Cestan réunit à son tour 173 cas de laparotomie; 4 résultats ne sont pas indiqués; 134 fois il y a guérison, soit une proportion de 78,7 p. 100, 35 fois les malades succombent, soit 21,3 p. 100 de mortalité.

Mais il y a ici des cas divers: si dans tous il s'agit d'hémorrhagie grave, il n'en est pas moins vrai que certaines malades ont été opérées immédiatement tandis que d'autres ne l'ont été que dans les cinq premiers jours, au bout de trois semaines, d'un mois même. Il y a donc dans ces chiffres des cas où le sang a eu le temps de s'enkyster, où il s'agit de véritables hématocèles.

Aussi, pour serrer la question de plus près, ne prenons que les malades opérées dans les premières heures qui suivent l'accident. Cestan nous donne le tableau suivant :

24 cas :

19 guérisons, soit : 79,1 0/0
5 morts — 20,9 0/0

(1) CESTAN. *Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne, considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire. Pathogénie. Traitement.* Th. Paris, 24 juillet 1894.

Si nous ajoutons à ces faits une observation de Ricard (non encore publiée, croyons-nous) qui, huit jours avant nous et dans le même service, opéra avec succès un cas peut-être plus grave encore que le nôtre (d'après l'affirmation des internes de M. Reclus) et qui guérit sa malade ; si nous y ajoutons le nôtre, la proportion de guérisons se relève encore. Nous avons alors :

26 cas :

21 guérisons, soit : 80,77 0/0
5 morts — 19,23 0/0

En lisant la thèse de Cestan déjà si souvent citée, on trouve que quand on n'intervient pas dans les premières heures mais seulement dans les cinq premiers jours qui suivent, alors que la malade a eu le temps de se relever un peu de son ictus hémorrhagique, la proportion des guérisons est encore plus grande.

Sur 61 cas opérés dans ce délai, il y a eu :

51 guérisons, soit 82 0/0.
11 morts — 18 0/0.

Ceux qui ne veulent point intervenir immédiatement pourront nous objecter victorieusement ces derniers chiffres. Mais outre qu'ils se rapprochent sensiblement des nôtres, nous rappellerons simplement pour soutenir notre opinion, que ces malades qui ont échappé au danger de la première heure, sont bien rares puisque sur 76 cas d'hémorrhagie grave, dont nous parlions tout à l'heure, et où on n'est pas intervenu, il y a eu 85,8 p. 100 de mortalité et 14,2 p. 100 seulement de guérison. D'ailleurs, je le répète encore une fois, qu'on nous donne quelques signes, un seul même qui nous permette de dire que l'hémorrhagie s'arrêtera, j'apprendrai à le connaître avec empressement et je consentirai à n'opérer les malades que quand elles se seront relevées un peu. Jusque-là je resterai partisan de l'intervention dans les premières heures.

M. Cestan fait remarquer avec raison que les injections de sérum sont un auxiliaire des plus précieux pour soutenir les malades, elles ont certainement sauvé quelques femmes qui sans elles auraient succombé.

Dans le cas que je viens de rapporter, j'ai noté que le pouls s'était un peu relevé pendant que la malade absorbait de l'éther ; peut-être cet agent anesthésique quand il n'y a point de contre-indication à son emploi (nuit, âge, affections pulmonaires, etc.) et dans le cas présent, mérite-t-il d'être préféré au chloroforme.

Je n'ai rien dit de la voie qu'il convient de suivre pour arriver sur la trompe rompue, parce que tout le monde est d'accord sur ce point ; l'incision vaginale doit être absolument rejetée, la laparotomie seule permet de voir clair et de faire ce qu'il faut.

INUTILITÉ DE L'ABLATION DES OVAIRES, MÊME ALTÉRÉS, POUR GUÉRIR L'HYSTÉRIE

Par **Pamard** (d'Avignon).

Les observations dans lesquelles l'ablation des ovaires a fait cesser le trouble nerveux caractéristique de l'hystérie sont nombreuses.

J'ai cru donc intéressant de citer un cas dans lequel l'ablation de deux ovaires, ayant subi la dégénérescence kystique, n'a procuré à la malade, placée il est vrai dans des conditions hygiéniques particulières, qu'une amélioration passagère suivie d'un prompt retour à l'état primitif.

J'ai été appelé, dans le courant de l'hiver de 1892, à donner mes soins à une jeune religieuse cloîtrée, âgée de 25 ans, présentant depuis un an des troubles nerveux : ceux-ci, caractéristiques de l'hystérie, variables et ayant résisté à tous traitements.

Avant d'entrer en religion, née dans un village et paraissant jouir d'une constitution vigoureuse, n'a eu en fait de troubles nerveux qu'une syncope prolongée à la suite d'une émotion violente.

J'ai été appelé comme chirurgien, cette jeune fille accusant des douleurs très vives dans le ventre qui s'exaspéraient à chaque époque menstruelle. Il y avait lieu, avant de proposer une intervention quelconque, de faire un examen complet sous le chloroforme. Je le conseillai et n'eus aucune difficulté à l'obtenir de femmes pour la plupart fort intelligentes. Je trouvai les deux ovaires volumineux, surtout le droit, et par conséquent indiqué pour l'ablation.

L'opération fut faite au mois de mai 1892 suivant les règles de l'antisepsie la plus classique, avec l'assistance de M. le Dr Troussaint; le Dr Isnard donnait le chloroforme. Elle fut des plus simples : petite incision permettant d'amener au dehors d'abord l'ovaire droit qui présentait le volume d'un œuf de poule hérissé à la surface de petites bosselures constituées par autant de petits kystes (ce qui légitime son ablation); et puis ensuite l'ovaire gauche qui, quoique moins volumineux, présentait les mêmes altérations.

Les suites sont des plus bénignes : pas de température, réunion par première intention. Au bout de trois semaines la malade peut aller à la messe; elle se rétablit rapidement, l'appétit est revenu et avec lui la bonne mine. Aucun trouble du système nerveux; les règles reviennent régulièrement, elles sont peu colorées.

Cet état très satisfaisant dure plusieurs mois, mais à la fin de décembre la malade recommence à souffrir de douleurs internes dans le ventre et se plaint notamment d'une sensation de bride qui la tiraille.

Je me décidai facilement à une seconde intervention que demandait la patiente et que réclamaient ses supérieures. Elle était sûrement bénigne et pouvait nous mettre sur la voie d'un désordre anatomique que nous faisions cesser; enfin je comptais sur son action suggestive au point de vue moral.

La seconde opération fut faite à la fin de janvier avec les mêmes aides. Je trouvai une portion de l'épiploon adhérente à la cicatrice, elle fut réséquée entre deux ligatures et j'eus soin de la montrer à la malade après son réveil. Les suites furent encore meilleures que la première fois : en quinze jours la guérison était complète.

Conséquences de l'intenvention encore une fois des plus heureuses; la malade reprit ses occupations, mais pas pour longtemps

malheureusement. Sous l'influence de certaines contrariétés, d'une hygiène forcément mauvaise (celle des communautés cloîtrées), les accidents nerveux reparurent bientôt, c'est-à-dire au bout de quelques mois.

J'obtins alors des supérieures de ma jeune opérée l'autorisation pour elle de rompre la vie du cloître pendant quelques mois, de l'envoyer dans sa famille et de la faire conduire à Lourdes ; j'espérais toujours que la suggestion produite par ce fameux pèlerinage aurait les plus heureux résultats.

Tant que la jeune fille demeura dans sa famille (de septembre à la mi-décembre) elle ne présenta aucun accident et cet état satisfaisant persista même pendant quelque temps après sa rentrée dans la communauté; mais bientôt les troubles nerveux reparurent, avec une intensité variable, avec les localisations les plus diverses et les manifestations les plus imprévues.

Toutes les médications ont été exagérées, elle est soignée avec un dévouement et une intelligence que je ne saurais trop louer. Rien n'y fait et la médecine reste impuissante là où la chirurgie a échoué.

PROCIDENCE DU VAGIN OU COLPOCÈLE

Des deux parois : COLPOCÈLE VÉSICO-RECTALE. — *De la paroi antérieure :* COLPOCÈLE VÉSICALE OU CYSTOCÈLE. — *De la paroi postérieure :* COLPOCÈLE RECTALE OU RECTOCÈLE.

Par le Dr **Berrut**.

Parmi les malades qui viennent réclamer nos soins comme atteintes de déplacements utérins, nous en avons observé quelques-unes chez lesquelles l'utérus était en situation normale.

C'est sur ces faits que je veux appeler un instant l'attention des membres du Congrès.

Ce que j'ai rencontré chez ces malades, c'est une procidence du vagin.

Un accouchement, un effort, toute pression refoulant les

organes abdominaux vers le vagin peut distendre ses parois, les décoller et produire une colpocèle.

Au point de vue de la physiologie pathologique, ces malades accusent comme symptômes subjectifs : le ténesme vésical et rectal, la difficulté de la station et de la marche, une douleur gravative à la région lombaire, une sensation de vide dans la partie inférieure de l'abdomen qui les rend inaptes à tout effort de locomotion et les maintient en état constant de malaise.

L'énumération de ces sensations accusées par la malade fait naître l'idée d'un déplacement utérin dans l'esprit du chirurgien qui immédiatement procède à l'examen direct ; et, au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire de la recherche des signes objectifs, il constate l'existence d'une tumeur saillante à la vulve indépendante de l'utérus que le doigt explorateur trouve à sa place normale. La tumeur est formée par la procidence du vagin dilaté. Si la tumeur siège en avant, la paroi vaginale antérieure est toujours doublée de la vessie. Si elle siège en arrière, la paroi vaginale postérieure est quelquefois, et non toujours, doublée du rectum.

On détermine nettement l'état pathologique en distinguant la procidence du vagin de la procidence de l'utérus et de la tumeur formée par un kyste du vagin.

Dans la procidence de l'utérus, cet organe est abaissé et amené à la vulve et même au dehors ; tandis que dans la procidence simple du vagin, l'utérus est élevé et occupe sa situation normale.

Dans le kyste du vagin, la tumeur est irréductible et sa surface est tendue et lisse ; tandis que dans la procidence du vagin, l'évacuation de la vessie et du rectum fait disparaître en grande partie la tumeur et fait passer sa surface de l'état lisse et uni à l'état ridé. De plus, la sonde introduite dans la vessie est sentie à travers la paroi vaginale antérieure dans la colpocèle vésicale, et le doigt introduit dans le rectum vient faire saillie dans la colpocèle rectale.

Deux considérations imposent au chirurgien la nécessité

du traitement : d'une part, abandonnée à elle-même, la procidence vaginale ne guérit pas spontanément et la malade est maintenue dans un état de malaise qui retentit sur la santé générale; d'autre part, l'évolution de la lésion amène cette conséquence plusieurs fois observée, que dans le diverticulum vésical l'urine retenue se trouble, devient ammoniacale et fétide. Il est donc indiqué d'intervenir.

Trois modes d'intervention ont été préconisés contre la procidence du vagin :

1° Les applications locales destinées à combattre la laxité des parois vaginales.

2° Les opérations cruentées pratiquées par l'instrument tranchant pour exciser une partie des parois distendues.

3° L'opération de la réduction et de la contention mécanique des parois procidentes, en respectant leur intégrité.

D'abord les applications locales, empruntées à l'hygiène comme l'hydrothérapie, ou à la matière médicale comme les astringents, seront employées avec profit, à titre de moyens auxiliaires, sur les parois vaginales réduites et continues. Seules, elles seraient insuffisantes pour faire cesser les accidents occasionnés par une colpocèle vésicale et rectale bien caractérisée. Elles peuvent suffire au contraire dans la manifestation initiale du prolapsus.

A l'appui de leur efficacité je puis citer la première des dix observations qui ont motivé cette communication. Elle est relative à une malade qui s'est présentée à notre examen le 27 décembre 1894. Cette femme est âgée de 21 ans. Elle a eu un enfant et depuis elle a été atteinte d'une grande laxité des parois vaginales avec envies fréquentes d'uriner, difficulté d'évacuation du rectum et copulation douloureuse. Après avoir régularisé les selles et sans recourir à l'opération de la réduction et de la contention nous avons employé l'hydrothérapie locale et générale, les applications locales de tannin, puis d'alcoolature de cresson de Para avec un plein succès. Lors de notre dernier examen du 11 juillet 1895, la malade nous a dit que toutes ses fonctions s'accomplis-

saient normalement, qu'elle se sentait bien soutenue dans la station et dans la marche. Nous avons constaté que la tonicité était rendue aux parois vaginales.

En présence d'un organe membraneux dont la distension a aminci la trame et considérablement augmenté la surface les opérations cruentées ont consisté en l'excision d'un large lambeau de la muqueuse suivie de la suture des lèvres de la solution de continuité, afin que, réduite dans son étendue, la paroi vaginale bridât mieux l'organe sous-jacent. Il ne m'a pas été donné de voir des résultats satisfaisants et durables de ce mode d'intervention.

Devant les insuccès de l'excision de la muqueuse, d'autres chirurgiens, et l'idée vient d'être récemment reprise par M. Lawson Tait, ont proposé de faire une large perte de substance de toute l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, puis de suturer les bords des lèvres de la plaie comme on fait dans l'opération de la fistule. Je ne sais si cette proposition a été suivie d'exécution et d'un résultat favorable. En ce qui me concerne je ne me sens nullement disposé à avoir recours à une pareille intervention.

Les applications toniques et astringentes étant insuffisantes pour faire cesser les accidents dus à la procidence du vagin, les opérations sanglantes, qui ne sont pas sans gravité, n'ayant point encore donné la preuve de leur efficacité, j'ai eu recours à l'opération de la réduction et de la contention mécanique des parois procidentes du vagin en respectant l'intégrité de l'organe. L'appareil contentif doit réaliser le support et la tension des parois vaginales.

Je soumets à votre appréciation quelques faits qu'il m'a été donné d'observer, en limitant ma communication à l'indication sommaire de dix observations cliniques.

Je viens de mentionner la première sous le titre de laxité des parois vaginales guérie par l'hydrothérapie et les astringents, la procidence du vagin étant dans la première phase.

Je note ensuite cinq malades de 40 à 58 ans, ayant eu de

un à huit enfants, portant une procidence du vagin avec colpocèle vésicale, chez lesquelles après avoir pratiqué l'opération de la réduction j'ai contenu le vagin prolabé au moyen d'un anneau provisoire que j'ai successivement modifié dans sa forme jusqu'à ce qu'il assurât la contention exacte et qu'il fut adapté aux organes féminins avec assez de précision pour que sa présence dans la cavité vaginale fût, pour ainsi dire, ignorée de la malade. Retirant ensuite cet anneau provisoire, je l'ai donné comme patron à l'ouvrier chargé d'en construire un définitif en métal, à forme fixe.

Ces anneaux sigmoïdes faits sur mesure pour chaque malade présentent les dimensions générales suivantes : Le diamètre du tube limitant l'aire de l'anneau varie de 8 à 15 millim. Les diamètres de l'anneau lui-même varient pour le diamètre antéro-postérieur de 75 à 103 millim. et pour le diamètre transversal de 50 à 67 millim.

L'une de ces cinq femmes, celle dont les diamètres de l'anneau avaient 103 millim. d'avant en arrière et 67 millim. dans le sens transversal, avait eu six grossesses. Avant d'opérer la réduction et la contention de la procidence du vagin, j'ai eu à l'opérer d'un polype de la cavité du col et à détruire par le cautère actuel des fongosités qui recouvraient la surface interne et la surface externe du col de l'utérus.

Quatre malades de 34 à 45 ans ayant eu de deux à quatre enfants portaient une procidence du vagin avec colpocèle vésicale et colpocède rectale. J'ai opéré la réduction et la contention au moyen d'un anneau provisoire d'abord, puis d'un anneau définitif dont les diamètres ont varié pour le tube de 6 à 11 millim. et pour l'anneau de 80 à 90 millim. d'avant en arrière avec un diamètre transversal de 60 millim pour les quatre malades.

Chez une des malades ayant eu quatre enfants la détermination de l'état pathologique a été un instant obscurci par la coexistence d'un kyste du vagin sur la paroi anté

rieure. J'ai opéré le kyste avant de pratiquer la réduction et la contention de la procidence vaginale.

Toutes ces malades affectées depuis longtemps de procidence vaginale, dès que la réduction et la contention ont été réalisées, ont vu disparaître les envies fréquentes d'uriner, les difficultés de la défécation, la douleur gravative de la région lombaire. Elles ont dit se sentir mieux soutenues et plus fermes dans la station et dans la marche.

Avant de vous communiquer ces faits j'ai revu toutes ces malades et j'ai constaté que l'anneau contentif maintenait exactement la procidence vaginale.

Ne pouvant aborder l'examen de toutes les difficultés d'exécution que présente quelquefois la construction d'un bon appareil contentif, je me bornerai à faire remarquer que dans un certain nombre de cas la paroi vaginale passe dans l'aire limitée par l'anneau, se réfléchit sous la branche antérieure de l'anneau et revient faire saillie à l'orifice vaginal.

Par une étude patiente et attentive du cas particulier on arrive ordinairement à la contention exacte par des modifications successives de l'anneau.

Ce serait mal traduire ma pensée que de me prêter l'opinion que la contention de la procidence vaginale est toujours un problème facile à résoudre.

Résumant les observations précédentes relatives au traitement de la procidence vaginale, je dirai :

A la division des tissus préférer l'opération de la réduction et de la contention mécanique.

Réduire par la position et les manœuvres.

Contenir par un anneau approprié, construit sur mesure et formé d'un cadre sigmoïde plein ou à claire voie, réalisant le support et la tension des parois vaginales.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DU MÉMOIRE DE M. CONDAMIN (DE LYON) SUR LE TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE (1).

Par **M. de Strauch** (de Moscou).

Le monde médical doit une grande reconnaissance à la chirurgie française pour les efforts qu'elle a faits depuis de longues années dans le but d'augmenter la vogue des opérations vaginales et de réduire le nombre des opérations par la voie abdominale.

C'est la cicatrice abdominale avec ses suites désagréables qui m'a décidé à éviter autant que possible les opérations sur l'abdomen. En outre, les malades acceptent plus facilement une opération vaginale qu'une laparotomie. Les résultats que j'ai obtenus en opérant par la voie abdominale, sont au moins aussi satisfaisants que ceux des meilleurs opérateurs français par la voie vaginale.

Nous n'avons eu dans la dernière centaine de laparotomies que deux cas de décès.

Les opérations vaginales ont des limites très étroites ; et il y a des cas où l'opération commencée par cette voie ne peut être terminée que par l'ouverture de l'abdomen. Il me semble que ces étroites limites sont dépassées depuis longtemps par certains chirurgiens français. Le mémoire de M. Condamin en est un exemple démonstratif. C'est pourquoi je prends la liberté de soumettre ce mémoire à une légère critique.

Je ne puis m'abstenir de féliciter bien sincèrement M. le professeur Laroyenne, de n'avoir jamais vu une malade succomber de grossesse extra-utérine rompue au courant des premiers quatre mois. Quant à moi, j'ai observé deux cas de mort chez des femmes enceintes à la suite d'une hémorrhagie

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, t. XLIV, septembre 1895, p. 175.

interne. Un de ces cas est décrit dans la *Revue médicale russe* (1).

En outre, on m'a montré deux préparations provenant de femmes mortes d'une hémorrhagie interne. Un de ces cas a été publié par le D[r] Chaternikoff dans le Théâtre anatomique de la maison des Enfants-Trouvés de Moscou, l'autre m'a été communiqué par un membre de notre société gynécologique (2). Ces quatre malades avaient été transportées dans les conditions considérées par les professeurs Laroyenne et Condamin, comme favorables et excluant la possibilité de la mort par hémorrhagie, c'est-à-dire qu'elles étaient tenues dans l'immobilité, couchées horizontalement, la tête pendante, ayant une vessie de glace sur le bas-ventre et qu'on leur faisait absorber des potions excitantes.

Péan (3) l'affirme aussi : si l'hémorrhagie est d'une abondance extrême, la malade meurt par syncope.

Je ne compte pas ici les malades qui ont été transportées *in extremis* dans une clinique et y sont mortes pendant les préparatifs de l'opération (4). C'est le transport qui doit être considéré comme la cause immédiate de la mort. Je suis, en général, opposé au transport des malades de cette nature, vu qu'on peut toujours les opérer aseptiquement à leur domicile. Je ne suis non plus d'accord avec M. Condamin lorsqu'il dit : « C'est contre la laparotomie d'urgence, c'est-à-dire presque toujours faite dans de mauvaises conditions d'antisepsie, etc. » (page 177).

J'admets que, dans une maison particulière, on n'opère pas aussi *confortablement* que dans une clinique; cependont, il est toujours possible d'y établir l'antisepsie ou l'asepsie à l'aide d'un personnel bien discipliné. Dans notre clinique privée, nous n'avons pas de chambre exclusivement réservée aux laparotomies.

(1) *Revue médicale*, 1895, n° 6.

(2) *Société gynécologique de Moscou*, 1894.

(3) *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*. Paris 1895, p. 1062.

(4) WENDELER. *Zeitschrift für Geb. u. Gyn.* Bd XXXII, p. 319.

Cet été, j'ai eu l'occasion d'opérer à la campagne, la femme d'un de mes confrères, dans une villa, où un an auparavant, avaient régné la diphtérie et la dysenterie; quoique la malade ait eu une hémorrhagie foudroyante dans la cavité péritonéale, sa convalescence a été rapide.

Mon ami le docteur Wachner et moi nous avons en tout opéré dans les maisons particulières six (6) cas désespérés de grossesse extra-utérine rompue, de 2 à 3 mois et toutes ces malades ont parfaitement guéri. Cependant M. Condamin écrit (page 178) : « *Ces malades supportent mal la laparotomie* ».

Ainsi, d'après mon expérience personnelle, nous avons d'un côté six cas d'opérations *in extremis* suivies de guérison complète, et de l'autre quatre cas de décès à la suite d'hémorrhagie interne. Basé sur cette expérience, je crois pouvoir affirmer, que M. Condamin n'a pas le droit de dire (page 178) : « *Les partisans de l'intervention immédiate par la laparotomie prétendent que l'hémorrhagie n'a pas de tendance à s'arrêter, c'est faux!* »

Moi aussi, j'ai pour règle d'attendre aussi longtemps que possible et j'ai observé plusieurs fois d'abondantes hémorrhagies internes, de la trompe gravide rompue, s'arrêtant d'elles-mêmes, les malades guérissant sans ou avec l'opération faite plus tard. Mais on ne peut nier le fait, que les femmes ayant une grossesse extra-utérine peuvent, dans les premiers trois mois, mourir d'une hémorrhagie dans la cavité péritonéale, même si elles sont traitées strictement d'après la méthode du professeur Laroyenne. C'est un étrange hasard et une grande chance, que le professeur Laroyenne n'ait pas eu l'occasion de rencontrer de pareils cas!

Totalement incompréhensible est l'opinion que le point qui saigne est toujours difficile à trouver et que le chirurgien doit être assez heureux ou si l'on veut assez habile pour faire rapidement l'hémostase (page 179).

Ce procédé ne nous a jamais présenté la moindre diffi-

culté. A l'ouverture de la cavite péritonéale, le sang jaillit ordinairement en nappe. Naturellement, on n'essaye pas d'enlever d'abord le sang ou les caillots, mais on pénètre directement avec toute la main dans le petit bassin et, soulevant la matrice avec les annexes, on l'amène dans la plaie péritonéale. Cela réussit toujours facilement et il ne reste qu'à saisir la trompe gravide momentanément avec une grande pince pour obtenir l'hémostase; on peut alors tranquillement procéder à la ligature définitive des annexes, sans que la malade perde une goutte de sang. Il n'est pas absolument nécessaire d'enlever tout le sang et tous les caillots de la cavité péritonéale. Les opérées guérissent même sans avoir une toilette soignée du péritoine.

La remarque (page 179) : « *Dans leplus grand nombre des cas, il sera obligé de drainer largement avec un Mikulicz, qui sera en même temps hémostatique etc.* », n'est plus tout à fait moderne. Nous n'avons jamais pratiqué le drainage péritonéal dans quarante-trois cas de laparotomie pour grossesse extra-utérine. D'abord tous les points qui saignent doivent être complètement asséchés par des ligatures isolées ou en masse, après quoi on ferme complètement la cavité péritonéale ; c'est seulement ainsi qu'on obtient de bons résultats.

Après avoir dit qu'il est difficile de trouver le point qui saigne et que dans la plupart des cas on est obligé d'appliquer le drainage de Mikulicz, M. Condamin écrit : (page 179) Tel est le tableau, un peu noir peut-être, mais en tout cas exact des dangers de la laparotomie. Il vaudrait mieux dire : *un peu noir*, *tout à fait faux*.

Dans les cinq dernières années, moi aussi j'ai enlevé le sang *per vaginam* dans six cas de grandes hématocèles qui étaient pour sûr, jugeant d'après leur état et d'après l'anamnèse, les suites de grossesse extra-utérine rompue — car elles ne montraient aucune tendance à se résorber (1). Quoi-

(1) M. v. STRAUCH. Ueber hœmatocele. *Petersburg. med. Woch.*, 1890, n° 52.

que les malades fussent toutes guéries, pourtant l'une d'elles le huitième jour après l'opération, eut une forte hémorrhagie de la cavité accompagnée de collapsus, situation des plus désagréables, car c'est exclusivement dans ces cas qu'on ne peut jamais trouver le point qui saigne.

La proposition de M. Condamin d'extirper *per vaginam* la trompe gravide est un grand progrès! C'est-à-dire qu'on enlève la source d'une hémorrhagie secondaire, tout de suite après avoir évacué le sang de l'hématocèle. Je sais qu'un de mes collègues à Moscou, après avoir ouvert l'hématocèle *pe vaginam*, vit sa malade mourir le douzième jour d'une hémorrhagie secondaire. Je ne peux pas bien concevoir comment dans de telles conditions une éponge introduite dans la cavité de l'hématocèle (Condamin) pourrait combattre une forte hémorrhagie.

Quant aux conclusions de M. Condamin (p. 181) je suis tout à fait d'accord avec la première et la seconde.

Malheureusement mes 4 cas défavorables protestent contre la troisième.

Nos six opérations de laparotomie *in extremis* bien réussies ébranlent fortement la quatrième.

La réalisation de la cinquième conclusion reste à l'état de pieux désir.

Je voudrais voir formuler la sixième comme suit : L'intervention de choix est la ponction et le débridement vaginal, *mais toujours avec ablation des annexes gravides.*

Quant à la septième, elle est à mon avis complètement insoutenable.

Nos quarante-trois malades de grossesse extra-utérine opérées par laparotomie sont toutes guéries; presque toutes nos opérées aussi bien dans la clinique privée que dans les maisons particulières, ont terminé leur traitement vers le vingtième jour. Les cinq malades de M. Condamin ont été obligées de garder bien longtemps le lit. Après cinquante et un jours, on a encore appliqué le drainage à la première malade (p. 183); la quatrième malade à été traitée pendant

vingt-cinq jours ; la cinquième a encore été drainée le trente-neuvième jour. Quant aux malades n[os] 2 et 3, la durée du traitement n'est pas mentionnée. Ces cinq observations ne parlent pas en faveur de la courte durée du traitement vaginal.

Nos quarante-trois cas de laparotomie ont été guéris plus vite et ont même joui par la suite d'une excellente santé. Trois d'entre elles ont déjà eu des couches normales.

Aussi voudrais-je conserver pleinement à la laparotomie la place pui lui convient dans le traitement chirurgical des grossesses extra-utérines des quatre premiers mois.

Il faut admettre sans discussion que dans les trois premiers mois de la grossesse extra-utérine les femmes peuvent mourir d'une hémorrhagie foudroyante dans la cavité péritonéale, même si elles sont placées sous une surveillance strictement médicale.

La laparotomie, entreprise même dans des conditions aussi désespérées, doit donner de bons résultats. De plus, dans les dernières années, nous avons appris à fermer la plaie abdominale de façon que les hernies consécutives sont tout à fait exceptionnelles.

Il faut accepter avec grande reconnaissance, comme étant un progrès remarquable, la méthode de MM. Laroyenne-Condamin non seulement d'ouvrir l'hématocèle mais en même temps d'extirper *per vaginam* la trompe gravide. Mais la question est de savoir si l'on peut toujours réussir à enlever la trompe par la voie vaginale. Quand on a eu l'occasion de voir au cours des laparotomies combien la trompe est quelquefois élevée au-dessus du petit bassin et combien l'utérus est hypertrophié, on a peine à comprendre qu'on puisse faire descendre la trompe dans la plaie vaginale et alors elle se rompt. L'avenir doit montrer s'il sera toujours possible d'adopter cette opération qui m'est personnellement très sympathique.

La laparotomie nous montre le mieux les rapports mutuels des organes génitaux. En faisant l'opération par la voie

abdominale on peut certainement rompre plus facilement les adhérences et faire l'hémostase d'une manière plus exacte. L'éponge que M. Condamin, consacre à l'hémostase me paraît trop peu sûre.

Basé sur nos nombreuses expériences (43 laparotomies, 6 opérations vaginales pour des hématocèles, et plus de 30 cas observés, qui se sont passés sans opération) je me fais un devoir de critiquer le mémoire de M. Condamin et par ce moyen je me flatte d'épargner d'amères expériences à ceux de mes collègues, qui se fieraient trop à la troisième conclusion de l'auteur.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 14 *novembre* 1895.

M. PORAK : **Observation d'une affection probablement parasitaire de la langue chez un nouveau-né.** — Il s'agit d'un enfant né avant terme, débile, pesant 1.850 grammes, qui présenta sur la langue, quatre jours après sa naissance, des plaques blanches, exhaussées, s'enlevant facilement par le frottement et laissant sous elle la surface de la muqueuse lisse ou rose.

Pendant les deux jours où on les observa, en l'absence de tout traitement donné à l'enfant, ces plaques restèrent fixes comme nombre et comme aspect. Une fois enlevées, elles ne se sont pas reproduites. L'examen microscopique a montré qu'elles contenaient des filaments de mycélium et des éléments d'une levûre spéciale, qui a pu être cultivée, sans cellules épithéliales. L'examen comparatif de la bouche d'enfants du même âge a démontré que chez ces derniers, cette levûre n'existait pas.

MM. PICHEVIN et PETIT ; **Lésions vasculaires de l'utérus attein de métrite.** — L'hystérectomie vaginale pratiquée chez une femm qui depuis plusieurs années avait des métrorrhagies abondantes a permis de constater les lésions suivantes : La muqueuse uté-

rine n'était pas fongueuse, les parois étaient épaissies. Au microscope on constate une multiplication considérable des vaisseaux avec augmentation de leur calibre et épaississement de leurs tuniques. Le tissu périvasculaire était lui-même plus épais. Quant aux capillaires ils étaient élargis, les lymphatiques augmentés de volume. Le maximum des lésions s'observait au niveau de la couche moyenne de l'utérus où on remarquait un épaississement du tissu conjonctif, la présence de faisceaux fibreux volumineux et la disparition partielle de la fibre musculaire.

M. Pichevin. — Dans un cas de péritonite survenue à la suite d'une hystérectomie vaginale, P. Pichevin fit une laparotomie deux jours après l'opération. Il trouva une péritonite généralisée, une certaine quantité de pus dans le péritoine ; lavage, guérison.

Le pus péritonéal contenait exclusivement des staphylocoques blancs. Voici les résultats de nos expériences sur les animaux :

1° L'injection du pus péritonéal ou d'une culture pure de staphylocoques, blancs, dans du bouillon étendu d'eau, ne produit pas de péritonite (Grawitz, Reichel, Orth, Waterhause, Burjinsky, contrairement à Pawlosky).

2° L'injection de staphylocoques et de sang dans le cœlome donne naissance à une péritonite mortelle en 14 jours.

3° Si l'on gratte le péritoine, si on l'irrite avec de la térébenthine, l'injection de staphylocoques et de sang tue le lapin en 5 jours.

4° Toute lésion péritonéale un peu étendue ne détermine pas *fatalement* l'éclosion d'une péritonite, comme l'a dit Grawitz, si on injecte dans la cavité péritonéale du sang et des microbes pathogènes.

5° Les lésions péritonéales favorisent certainement le développement de la péritonite, mais elles ne semblent pas être indispensables à la genèse de l'infection péritonéale.

6° Le péritoine se défend mieux contre l'invasion des staphylocoques que ne le fait le tissu cellulaire (abcès de la paroi sans éritonite).

7° La virulence des staphylocoques s'accroit singulièrement ar le passage successif sous la peau de deux cobayes et d'un ıpin.

8° L'injection de ces staphylocoques à virulence très exaltée ans le cœlome produit une inflammatipn péritonéale.

9° L'injection de sang et de ces staphylocoques à virulence très exaltée dans le péritoine tue les animaux en moins de 20 heures. La péritonite est déjà intense, 4 heures après l'opération. Ces résultats confirment ceux de Burjinsky et expliquent peut-être les divergences signalées entre Grawitz et Pawlosky. Nos staphylocoques provenant du pus péritonéal de notre malade introduits dans le cœlome disparaissaient et étaient inoffensifs, Ces mêmes germes pathogènes, *après différents passages*, produisent une péritonite très manifeste.

10° Contrairement à ce qu'avance Bumm, la péritonite post-opératoire est contagieuse ; elle peut être soit à staphylocoques, soit à streptocoques exclusivement, soit à microbes multiples et variés.

11° La gravité et la rapidité de l'infection et de la mort dépendent du milieu de culture, de l'étendue des lésions péritonéales et *surtout* du degré de virulence des germes pathogènes. Des staphylocoques, suivant la virulence, peuvent tuer les animaux en 14 jours, en 5 jours, en moins de 20 heures.

Après avoir étudié la symptomatologie de la septicémie péritonéale post-opératoire, M. Pichevin conclut que le lavage péritonéal est une ressource suprême. On doit le faire rapidement, et faire passer dans le péritoine 20 litres d'eau salée ou d'eau boriquée.

M. Nitot a fait, en 1893, une laparotomie pour péritonite post-opératoire ; sa malade a guéri, mais depuis il a eu trois insuccès. Malgré tout, il est disposé, le cas échéant, à recourir de nouveau à l'ouverture du péritoine.

M. Porak vient de cureter dans son service une femme atteinte de péritonite puerpérale, consécutive à la rétention d'un placenta fétide, l'avortement remontant à plusieurs jours. Dès le premier jour, la culture du sang révèle une grande quantité de streptocoques. Cela lui parut une contre-indication à la laparotomie et au lavage du péritoine. La femme succomba.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Février, mars, avril, mai, septembre 1895.

Mme Viridarskaïa. **Un cas de laparotomie répétée.** — Il s'agit d'une femme de 38 ans, à bassin rétréci, qui se présenta au cours

de sa douzième grossesse ; les précédentes ont été terminées par le forceps, par la basiotripsie, enfin la dixième par l'opération césarienne avec castration. Malgré l'ablation des ovaires, il y eut une onzième grossesse terminée par la basiotripsie et enfin la douzième que l'on essaya d'interrompre au huitième mois à la clinique ; mais l'accouchement prématuré ne se produisant pas et la patiente désirant vivement conserver l'enfant, on laissa la grossesse suivre son cours et une deuxième laparotomie fut faite à terme par le professeur Ott. Au cours de l'opération, on fit plusieurs constatations : l'utérus était, par sa face antérieure, adhérent à la paroi abdominale, il y avait d'autres adhérences péritonéales et épiploïques, l'utérus ne portait aucune trace cicatricielle de sa première incision ; les ovaires n'existaient plus. Mais, il y avait à leur place des fragments irréguliers de tissu ovarien. L'enfant fut amené vivant, l'utérus suturé sans ligature élastique préalable, les trompes liées au ras de l'utérus, la paroi abdominale excisée largement afin de supprimer l'éventration qu'avait laissée la première laparotomie. La guérison fut simple.

V.-V. Stroganoff. **Trois cas de rupture utérine pendant le travail.** — Obs. 1. — Femme de 27 ans, troisième grossesse, bassin rétréci.

Le travail avait duré trente et une heures et l'expulsion touchait à sa fin, lorsque la parturiente se trouva mal et les battements du cœur fœtal s'affaiblirent subitement ; on eut aussitôt recours au forceps qui amena l'enfant mort ; peu après la délivrance normale et spontanée, l'accouchée eut une lipothymie et se plaignit du ventre, pendant que l'utérus devint un peu plus gros et plus mou. Le lendemain, un examen fait sous chloroforme fit reconnaître une déchirure du col à droite ; l'espace dans lequel conduisait la déchirure fut lavé et tamponné ainsi que le col et le vagin. Guérison simple.

Obs. 2. — Femme de 29 ans, quatrième accouchement, bassin rétréci. Au bout de quinze heures de travail les douleurs s'arrêtent brusquement, il survient une métrorrhagie assez abondante, état général restant très bon ; la tête fœtale remonte, on sent ›s parties fœtales dans la cavité abdominale. Laparotomie, xtraction du fœtus mort et de son placenta libres dans la cavité bdominale et hystérectomie sus-vaginale, la suture de la plaie ›ngue et irrégulière paraissant impossible. Le col est suturé au

fur et à mesure au moyen de points (en capiton) et les chefs sortis dans le vagin ; les ovaires situés très haut n'ont pu être conservés. Guérison.

Obs. 3. — Femme de 32 ans, troisième accouchement. Le travail s'arrête brusquement au bout de seize heures, la tête fætale remonte, en même temps que la parturiente se trouve mal, reste presque sans pouls et perd du sang et des caillots. Elle est dans le collapsus lorsqu'il devient possible de faire la laparotomie, six heures et demie après la rupture utérine. Le placenta expulsé par les voies naturelles est enlevé. On procède ensuite à la laparotomie et à l'hystérectomie comme dans le cas précédent. Guérison.

Professeur D. O. Ott. 1) **Deux cas de rupture de l'utérus avec présentation des utérus enlevés.** — Dans le premier cas la déchirure se trouvait au niveau de l'orifice intérne et s'étendait aux deux tiers de la circonférence. Dans le second cas, la plaie était en *t*, une branche allant transversalement d'un angle de l'utérus à l'autre, l'autre branche verticalement sur la face postérieure. La malade n'avait été opérée que le sixième jour après la rupture utérine méconnue; déjà profondément anéantie avant l'opération, elle succomba le jour même à une hémorrhagie interne au voisinage du moignon ainsi que le montra l'autopsie. Les vaisseaux du moignon étaient béants, athéromateux.

2) **Hystérectomie pour cancroïde du col.** — Le cancer est reconnu au début du travail. Opération césarienne, hystérectomie, guérison et enfant vivant.

Professsfur A. J. Samchine. **Opération césarienne.** — Le travail dure depuis trois jours, diamètre conjugué oblique 7 centim. Ictus. L'incision de l'utérus tombe sur le placenta ; l'enfant vivant et le placenta sont enlevés, l'utérus suturé sans ligature élastique qui est remplacé par la constriction manuelle. Excision d'une partie des trompes afin de prévenir une nouvelle grosssse. Guérison en vingt jours.

Professeur D. O. Ott. **Dégénérescence sarcomateuse des fibromyômes de l'utérus et leur traitement.** — Obs. 1. — Femme de 34 ans, opérée une première fois par le professeur Lebedeff qui, ayant reconnu un fibromyôme rétro-cervical enclavé, fit la cas-

tration ; la tumeur diminua rapidement des trois quarts et tous les troubles disparurent à tel point que le cas fut communiqué à la société comme un des plus beaux succès. Pourtant, peu après, la tumeur se remit à augmenter et, au bout de 3 ans, la malade menaçait de se suicider si on ne la délivrait de ses souffrances au prix de n'importe quel risque. Le professeur Ott fit une nouvelle laparotomie, trouva l'utérus au sommet de la tumeur énorme, occupant tout le bassin et remontant à l'ombilic; l'utérus enlevé d'abord, on procéda à l'extraction très pénible de la tumeur qui était entièrement sous-péritonéale ; l'hémorrhagie fut arrêtée par la compression de l'aorte et le tamponnement, la poche fixée à la paroi abdominale ; après l'opération grave, fièvre, suppuration de la poche, enfin rétablissement complet pendant quelque temps avec persistance d'une fistule. Puis nouvelle aggravation. On arrive par la fistule sur des tissus mous, reconnus sarcomateux à l'examen microscopique, tandis que la tumeur enlevée ne paraissait pas dégénérée dans ce sens. Généralisation.

Obs. 2. — Hystérectomie abdominale pour un fibromyôme très volumineux, facilement énucléé, mais on laisse dans le ligament large une masse qui paraît simplement graisseuse. Pourtant, au centre du fibrome enlevé, se trouve une bouillie qui est du sarcome. Ainsi le diagnostic du sarcome n'est pas toujours facile, il peut être méconnu au cours de la laparotomie : le fibromyôme peut dégénérer en sarcome — le traitement logique des fibromyômes est donc l'ablation précoce et complète, non la méthode conservatrice.

L'orateur présente 5 utérus fibromyômateux enlevés par la voie abdominale et trois enlevés par morcellement par la voie vaginale.

Mme Oulesko-Stroganova. **Structure microscopique du placenta.** — Etude histologique fort détaillée des villosités choriales, de leur structure et de leur évolution.

(A propos de la communication du professeur Ott, le professeur Lebedeff fait observer à la séance suivante de la Société de chirurgie, que la dernière opération lui paraît avoir été tout à fait contre indiquée par l'état de la malade, tandis que la castration donne souvent de beaux résultats dans le traitement des fibromyômes ; la diminution si considérable de la tumeur montre bien qu'elle n'était pas de nature maligne au moment de la castration.)

N. N. Koubé, **Des trompes accessoires et des orifices tubaires accessoires.** — Sur 78 cadavres, des trompes accessoires ont été trouvées 13 fois et des orifices tubaires 6 fois ; ces derniers siègent à la face supérieure de la trompe, à 3-12 millim. du bout péritonéal et sont munis de franges normales. Quant aux trompes accessoires elles partent soit de la trompe principale, soit du ligament large ; elles sont pleines, munies d'une petite tête qui peut être frangée ; trois fois cette tête a été trouvée kystique.

Professeur V. N. Massen. — L'étude précédente a été faite sous sa direction. Il pense que les kystes du ligament large, dits parovariens, pourraient fort bien être le plus souvent des kystes formés aux dépens des trompes accessoires : la présence des fibres musculaires dans la paroi de ces kystes est une des raisons de cette théorie.

Les orifices accessoires rendent compte des grossesses en cas d'oblitération complète de l'orifice normal du pavillon, des grossesses extra-utérines, de l'absence des kystes par rétention malgré l'oblitération de la trompe (cas de Sänger).

V. A. Vasten présente **deux utérus sarcomateux** enlevés par la voie vaginale. Dans le premier cas les tumeurs malignes partaient de la cavité utérine sous forme de polypes. Dans le second cas une tumeur rétro-vésicale partant de la paroi antérieure de l'utérus a été énucléée au septième mois de la grossesse et reconnue comme étant un myôme ; pourtant, à la fin du huitième mois, on constata une récidive au niveau de la cicatrice utérine que l'on sentait à travers la paroi abdominale ; comme la tumeur revenait lentement, on attendit le terme de la grossesse, et vingt-trois jours après l'accouchement normal, on fit l'hystérectomie vaginale. Guérison.

Professeur D. O. Ott présente un **fibrosarcome énorme** développé sous le péritoine en dédoublant le ligament large ; la tumeur atteignant le sternum et les vaisseaux rendirent l'hystérectomie et l'énucléation fort pénibles ; la section de la tumeur ayant montré que son centre était ramolli, on compléta l'opération en enlevant ce qui restait du col de l'utérus. Tamponnement, drainage par le vagin. Phlébite du membre inférieur gauche ; trois semaines après l'opération, tout danger paraît écarté. Dans ce cas, comme l'a fait observer le Dr Ivanoff, on a pu constater un degré

notable d'hémophilie qui serait fréquente chez les sujets atteints de sarcome.

F. J. Rostkovski communique un cas **d'éclampsie puerpérale** chez une albuminurique, guérie par 12 injections de spermine faites dans l'espace de dix heures et demie.

Professeur D. O. Ott. **Du faux conservatisme dans la protection du périnée** pendant l'accouchement et de la réparation des déchirures anciennes. On voit des prolapsus de l'utérus et du vagin avec un périnée intact en apparence — c'est que la peau et la muqueuse persistent seules, distendues et affaiblies, tandis que les plans musculaires sont complètement rompus. Il faut, lorsque le périnée menace de se rompre, l'inciser sur la ligne médiane jusqu'au rectum au lieu de le préserver à toute force, quitte à le suturer ensuite en faisant une suture à étages, comprenant la couche musculaire, et non pas la simple réunion cutanée que l'on a l'habitude de faire. Dans les déchirures anciennes avec prolapsus du vagin, la colporrhaphie isolée que l'orateur faisait avant était toujours suivie de récidive ; actuellement, il sectionne jusqu'au sphincter ce qui reste du périnée cutané et fait ensuite une colpopérinéorrhaphie avec suture à étages de manière à reconstituer un plancher solide en suturant les plans musculaires qui se sont écartés latéralement.

Mme Krgeminski présente les photographies d'un **monstre** : fille pesant 2,400 grammes, atteinte d'un kyste dermoïde du dos, d'un prolapsus du rectum à travers la paroi vaginale, d'imperforation de l'anus et d'ankylose dans l'extension de toutes les articulations des membres inférieurs. Accouchement normal; l'enfant meurt le cinquième jour.

D. O. Ott présente une **série d'utérus fibromateux** enlevés par morcellement ; dans un cas, l'opération commencée par la voie vaginale a été terminée par la laparotomie, la tumeur étant trop peu mobile. Il résulte des observations de ces cas que les curettages, la castration, employés chez les opérées du professeur Ott, par d'autres chirurgiens, n'avaient pas donné de résultat durable et qu'il vaut mieux opérer radicalement d'emblée.

R. J. Samchine présente un **utérus fibromateux** enlevé par la voie vaginale; la malade étant jeune et l'utérus couvert de bosselures,

il était à craindre que la tumeur ne prît rapidement un grand développement, telle était l'indication de l'intervention.

V. A. VASTEN. — L'opération, commencée par la voie vaginale et terminée par la laparotomie, est commode et propre ; il a recours à cette méthode pour les tumeurs volumineuses.

A. A. SITZINSKI. **Déchirure centrale du périnée.** — Cet accident se produisit chez une primipare malgré l'épisiotomie bilatérale ; le fœtus et le placenta furent expulsés par cette déchirure centrale qui se continuait sur les deux côtés de la paroi vaginale postérieure, mais n'atteignait pas le sphincter de l'anus. La colpopérinéorrhaphie immédiate ne réussit pas, des parcelles de tissu se mortifièrent et il n'y eut pas de réunion ; une deuxième suture fut exécutée quinze jours plus tard et laissa encore une fistule vagino-périnéale. L'orateur pense que l'incision médiane allant jusqu'au rectum, ainsi que le conseille le professeur Ott, aurait pu éviter cet accident ; d'autre part, il croit que, dans les cas semblables, il ne faut pas faire la réunion immédiate, mais plutôt attendre quelques jours afin de séparer les parties mortifiées.

Les propositions précédentes sont combattues par d'autres membres de la Société : la section médiane du périnée ne peut être considérée comme inoffensive, la création de cette plaie étendue, son infection toujours possible, la douleur causée par la périnéorrhaphie étant des complications fort sérieuses qui laissent toute leur valeur aux divers procédés destinés à protéger le périnée contre la déchirure.

V. V. STROGANOFF (de la clinique du professeur Ott) présente des **bassins de lapines et d'une chienne** qui ont subi des *symphyséotomies* avec interposition consécutive de fragments de côtes ; la soudure est complète, avec élargissement permanent du bassin ; les animaux mettaient bas normalement après cette opération.

Le professeur OTT présente une série de pièces : 1) **Tumeurs adénoïdes des deux ovaires**, enlevées chez une malade très épuisée ; en voie de guérison. 2) **Grand fibromyôme utérin** enlevé avec les annexes malades d'un côté, l'utérus et les annexes de l'autre côté laissés en place. 3) **Deux utérus cancéreux** enlevés par la voie vaginale. 4) **Quatre utérus fibromyomateux** enlevés par la voie vaginale ; l'un a été morcelé ; dans l'autre, il a fallu faire une excision cunéiforme du col ; les deux derniers ont été enlevés

entiers, mais dans un cas avec débridement du vagin qui était étroit et rigide. Toutes les opérées ont guéri.

Mme Ouselko-Stroganova. **Des cellules géantes du placenta; leur origine et leur rôle.** — Les cellules géantes de l'espace intervilleux sont des fragments arrachés du syncytium. Les cellules géantes de la caduque à différents moments de la grossesse proviennent des couches cellulaires profondes des villosités. Il en résulte que le syncytium est d'origine embryonnaire, qu'il peut être envisagé comme une cellule géante unique formant un revêtement continu aux villosités du côté de l'espace intervilleux. Il est fort probable que les rapports des cellules géantes et des vaisseaux de la caduque représentent un premier degré de l'état qui, à son complet développement, caractérise le syncytium par rapport aux vaisseaux maternels, ces derniers s'ouvrant dans l'espace tapissé par le syncytium.

V. V. Stroganoff. — **Du fœtus aseptique pour les exercices sur le mannequin.** — L'auteur fait servir à ces exercices des fœtus morts pendant le travail et provenant de femmes non infectées; ces petits cadavres sont conservés à une température au voisinage de 0°, plongés dans une solution d'acide phénique (2 0/0) et de sublimé (5 0/00) dans de l'alcool à 75 0/0; dix à douze heures avant les exercices les fœtus sont transportés dans des pièces à température ordinaire. Dans ces conditions on n'a jamais observé la moindre infection chez les 250 médecins qui ont fait des centaines d'opérations et des milliers d'examens dans l'espace de 5 ans. L'auteur a fait l'examen bactériologique de fœtus ayant servi de 4 à 6 semaines; 96 ensemencements faits avec les viscères d'un fœtus sont restés stériles; un autre donna 6 cultures sur le même nombre de tubes; un troisième donna 3 cultures sur 20 tubes les microbes ainsi obtenus étaient des saprophites, de grands cocci. Les résultats sont bien différents lorsqu'on se sert de cadavres d'enfants ayant vécu : les poumons et les intestins contiennent une quantité de microbes et ces petits cadavres se décomposent de bonne heure. L'auteur a aussi étudié au même point de vue trois fœtus macérés : l'un provenait d'une femme fébricitante, il était infecté. Le second fut expulsé dans un accouchement normal, le troisième retiré au cours d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine de 15 mois. Ces deux derniers fœtus étaient absolument dépourvus de microbes.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF

Janvier, février, septembre 1895.

J. S. KOLBACENKO. **Du prurit généralisé dans la grossesse.** — OBS. Femme de 25 ans, très nerveuse, secondipare. Au neuvième mois, il survient du prurit au niveau de l'hypogastre d'abord, et bientôt généralisé à tout le corps, sans altération de la peau; aussitôt après l'accouchement normal le prurit cesse; le liquide amniotique est trouvé épais, jaune verdâtre, ce qui fait admettre que le prurit pouvait être d'origine toxique.

G. LEVITZKI. **Un bassin fendu.** — La pièce anatomique présentée à la Société offre une absence totale de la paroi antérieure du bassin par arrêt de développement des os du pubis.

Il avait appartenu à une femme de 20 ans, atteinte d'exstrophie vésicale, à laquelle le professeur Reïn avait fait un abouchement des uretères dans le rectum avec excision de la vessie; l'opérée succomba à la cellulite pelvienne.

N. V. CHOUVARSKI. **De la stérilité.** — L'auteur a fait ses observations sur quatre-vingts malades de la consultation du professeur Reïn, en recherchant la présence des spermatozoïdes dans les différentes partis des organes génitaux, à divers intervalles, après la pénétration du sperme. Il a pu constater ainsi que le liquide restait dans les culs-de-sac vaginaux, que les spermatozoïdes pénétraient seuls dans le col, sauf de rares exceptions, que leurs mouvements étaient particulièrement vifs dans le bouchon muqueux du col utérin, de sorte que ce bouchon paraît jouer le rôle d'une sorte de filtre électif; qu'ils se trouvaient enfin dans la cavité du corps de l'utérus au bout d'une demi-heure. L'auteur a pu établir de plus que, sur quatre-vingts cas, la stérilité était due à l'homme : treize fois sûrement et vingt-deux autres probablement.

V. B. VICHNEPOLSKI. **Un cas de placenta prævia sans liquide amniotique.** — Femme de 24 ans, troisième accouchement à terme; il y a une métrorrhagie abondante et l'on constate la présentation marginale du placenta étroitement appliqué sur la tête fœtale; il ne se forme pas de poche des eaux pendant les contractions, et il n'est pas possible de déchirer les membranes. Tamponnement, arrêt de l'hémorrhagie, expulsion de l'œuf entier au bout d'une

heure et demie ; le fœtus est mort et il n'y a pas une goutte de liquide amniotique.

N. K. Neïoloff. **Un cas d'inversion complète de l'utérus chez une primipare** de 32 ans ; elle accouche debout et l'enfant tombe par terre ; pour la délivrance, la sage-femme la fait asseoir sur un vase et tire sur le cordon, une hémorrhagie violente suit l'expulsion du placenta et se répète à plusieurs reprises ; l'orateur trouve au bout d'un mois la malade exsangue, avec 40°, l'utérus en inversion complète et suppurant. Il tamponne le vagin après désinfection soigneuse, avec des tampons trempés dans de la glycérine phéniquée ; le septième jour l'utérus était réduit.

Professeur G. E. Rein. 1) **Hystérectomie vaginale d'un utérus gravide et cancéreux.** — Le cancroïde du col et un kyste de l'ovaire avaient été les indications de l'opération ; au moment de la commencer, sous chloroforme, on reconnut l'existence d'une grossesse de trois mois (la onzième), ce qui ne changea pas l'indication d'opérer ; l'hystérectomie et l'ovariotomie ne présentèrent pas de difficultés ; les pièces sont présentées à la société. Si le cancer avait déjà envahi les parties voisines, il aurait été indiqué de laisser la grossesse suivre son cours et de faire l'opération césarienne à terme. 2) — **Une laparotomie pour grossesse extra-utérine.** La grossesse étant arrivée à 30 semaines avec fœtus vivant, il survint des douleurs vives et expulsives, et la poche se tendit de telle sorte que la rupture parut imminente. La laparo-kelyphotomie permit d'avoir un enfant vivant, qui succomba d'ailleurs au bout de dix-huit jours. Le sac fœtal, développé au dépens de la trompe droite, trop adhérent pour être enlevé, fut tamponné et laissé en communication avec la plaie abdominale. Période post-opératoire fébrile, puis rétablissement complet avec persistance d'une fistule qui mène dans le sac fœtal, gros comme un œuf.

Professeur Voskressensky, présentations de pièces : 1) **Éléphantiasis des petites lèvres** chez une jeune fille de 16 ans ; **éléphantiasis des grandes lèvres** chez une femme ; la syphilis n'est pas exclue des antécédents : la tumeur grosse comme les deux poings a été enlevée par le Dr Vorobieff ; l'opération fit disparaître l'œdème du membre inférieur gauche. 2) **Grossesse extra-utérine** datant de 5 ans avant l'opération. Le fœtus paraît âgé de 7 mois, son dos est intimement adhérent à la paroi du sac dans toute son

étendue ; le kyste fœtal se trouvait dans le ligament large et adhérent à l'épiploon et aux intestins ; il a été enlevé avec l'ovaire correspondant, gros comme un œuf de poule.

P. J. Kroll, présente trois malades avec des **malformations génitales** : utérus rudimentaire et absence du vagin.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE MOSCOU

Février, avril, septembre 1895.

L. N. Warnek. **Une ovariotomie compliquée par la section d'un uretère.** — Au moment de la section du pédicule d'un très volumineux ovaire, kystique, droit, on excisa un gros cordon sur une longueur de 9 centim. ; en reconnaissant que c'était un tronçon de l'uretère, on alla à la recherche du rein droit, mais cet organe ne fut pas trouvé et le bout supérieur du conduit fut fixé dans la plaie ; au bout de trente-huit jours, l'opérée quitta le service guérie ; il n'y avait eu aucun écoulement par l'uretère ce qui permet de supposer que le rein correspondant s'était atrophié par suite de la compression de l'uretère.

F.-A. Fafious. **Des vomissements incoercibles dans la grossesse.** — La malade observée était au troisième mois d'une troisième grossesse. Les vomissements, rebelles à tous les traitements, se produisaient jusqu'à quarante fois dans les vingt-quatre heures et l'état général était déjà fort grave, d'autant plus qu'il y avait albuminurie abondante. L'avortement provoqué se fit avec lenteur ; les vomissements ne cessèrent que trois semaines après l'interruption de la grossesse.

C. C. Saïaizki. **Trois cas d'hystérectomie** de Schröder à l'aide des pinces de Richelot. Les opérations ont été faites dans des cas de cancer de l'utérus. Dans l'un de ces cas, les pinces laissées en place quarante-huit heures causèrent des douleurs d'une violence telle que la morphine ne put les combattre. Dans un autre cas, l'un des ligaments glissa hors de la pince, ce qui causa une hémorrhagie abondante, qui se répéta une heure plus tard. L'orateur déclare renoncer à cette méthode et continuer à appliquer les ligatures.

MM. Varnck, Chtraouch, Kalabine se sont bien trouvés de l'emploi des pinces et considèrent ces quelques cas comme non démonstratifs.

D. SAVANEVKSI. **Accouchement provoqué pour bassin rétréci.** — Primipare rachitique, difforme, albuminurique, enceinte de huit mois ; diamètre conjugué, vrai, 8 centim. La patiente est dyspnéique, ne peut se coucher sur le dos et reste dans la position génu-pectorale. L'accouchement est provoqué par les douches ascendantes chaudes (38° R.) ; après la quatrième le travail se déclare et se termine en douze heures par la naissance d'un enfant de 2,657 gr.

A. N. RACHMANOFF. **Une opération de Porro** pour rupture utérine pendant le travail. Femme de 30 ans, cinquième accouchement, les précédents terminés par la version, une fois par la basiotripsie. Après la rupture de la poche des eaux, au moment d'une douleur la parturiente cesse subitement de crier et des douleurs vives surviennent dans le ventre ; on reconnaît facilement l'existence d'une hémorrhagie interne et la sortie du fœtus dans la cavité péritonéale. La laparotomie permet d'extraire le fœtus exsangue et mort ; l'utérus bien contracté présente une déchirure transversale presque complète à l'insertion du vagin ; on complète la section à ce niveau et les parois du vagin sont suturées de façon à fermer le péritoine. Un drainage est laissé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. La malade se rétablit complètement après une pleuro-pneumonie d'origine embolique.

Dr GREDINGER. **De la salpingectomie.** — Femme de 28 ans, malade depuis 2 ans à la suite d'une fausse couche ; salpingo-ovarite bilatérale. La laparotomie, en confirmant en partie ce diagnostic montre aussi que l'ovaire gauche est sain ; il est laissé en place, l'ovaire droit et les deux trompes sont enlevées.

La laparotomie a sur la colpotomie l'avantage de permettre un examen complet des organes et par suite une intervention strictement limitée aux parties malades.

G. A. SOLOVIEFF. **De la lutte contre les affections post-puerpérales.** — L'antisepsie permet de réduire le nombre des infections post-puerpérales ; mais leur gravité reste à peu près la même ; il meurt toujours 10 p. 100 des femmes infectées.

Les badigeonnages de teinture d'iode sur les parties diphtéroïdes ont donné à l'auteur 6 guérisons sur 7 ; la douleur causée par ce moyen est vive mais passagère.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE KASAN

Séance du 20 *janvier* 1895.

A. P. Vosnesenski relate l'observation d'une **hystérectomie vaginale** ; il s'agissait d'un fibromyôme du volume d'une tête de fœtus, parfaitement mobile ; pendant les trois jours qui précédèrent l'opération, la malade reçut 1 gr. de spermine Döhlen (injection hypodermique) et le champ opératoire fut soigneusement désinfecté. L'extraction de la tumeur, les annexes étant laissées en place, fut assez difficile à cause de son volume ; pourtant la période post-opératoire fut des plus simples, les ligatures se détachèrent du quatorzième au dix-huitième jour, et l'opérée se levait à partir du quatorzième jour.

Le professeur N. N. Fénoménoff cite une autre **hystérectomie** pour un fibromyôme qui atteignait l'ombilic et qui pourtant a pu être extrait sans trop de difficulté malgré son volume.

L'hystérectomie vaginale a sur la laparotomie de grands avantages ; les suites de l'opération sont bien plus simples, les malades peuvent se mettre sur le côté dès les premiers jours et s'asseoir dès le dixième jour ; on évite les éventrations et les adhérences des organes abdominaux. Les ligatures sont préférables aux pinces à demeure en ce qu'elles n'obstruent pas le champ opératoire déjà étroit. A propos de pinces à demeure, l'orateur dit s'être assuré sur des chiens que l'artère a pu rester pincée durant vingt-quatre à quarante-huit heures sans être aucunement lésée.

La spermine paraît avoir une action tonique bien nette chez les malades et les opérées épuisées.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS RUSSES DE MOSCOU (1).

C. C. Kolmogoroff. **Un cas de prolapsus de l'utérus chez une multipare.** — Femme de 30 ans, faible, souvent obligée de soulever des fardeaux ; prolapsus complet avec inversion du vagin qui est exulcéré. Réduction, tamponnement, hystéropexie après la guérison de la muqueuse vaginale et résection des lèvres du col utérin. Récidive du prolapsus au bout de six mois. Dans un autre cas, l'hystéropexie a été efficace.

Nageotte-Wilbouchewitch.

(1) *Vratch*, n° 31, 1895.

Le Gérant : G. Steinheil.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLIV

Juillet à Décembre 1895.

A

Avortement artificiel par le curettage, 94.

B

Bassin fendu (cas de —), 484.
Bassins rétrécis (60 accouchements dans la pratique personnelle de Guéniot), 149.
Blennorrhagie (De la — chez la femme, son traitement), 137.

C

Cancer de l'utérus (Néphrotomie pour anurie due au —), 190.
Castration et hystérie, 460.
Cautérisation intra-utérine, 55.
Claudication au point de vue obstétrical, 147.
Curettage et avortement artificiel, 94.
Curettage (Régénération de la muqueuse utérine après le —), 55.
Déciduome malin (Du —), 227, 316, 411.

D

Dystocie dans un utérus à cloison, 69.
Dystocie par tumeur fœtale sacrococcygienne, 156.

E

Eclampsie puerpérale (Etiologie), 154, 481.
Epispadias (De l' — chez la femme), 14.
Exploration externe (De l'— en obstétrique), 296.

F

Fistule recto-vaginale.
Fœtus (Périartérite probablement syphilitique chez le — ; lésions cardiaques consécutives. Dissociation des vaisseaux, etc. —), 219, 221.

G

Glycosurie et grossesse, 148.
Grippe et puerpéralité, 127.
Grossesse extra-utérine — 81, 175, 241, 454, 468.
Grossesse (Vomissements incoercibles de la —), 486.

H

Hématocèle (De l'—), 438, 448.
Hystérectomie abdominale, 161, 350, 356.
Hystérectomie vaginale, 329, 423, 486, 488.
Hystérectomie vagino-abdominale totale, 384.

L

Lacs (Danger des — dans l'extraction du siège), 314.
Laparotomie (voir : *Péritonite*), 476.
Ligaments larges (Fibromes des — ; mode d'extirpation), 391.

M

Métrite et lésions vasculaires de l'utérus, 474.
Maladie de Basedow et affections gynécologiques, 221.

Malformations congénitales. (Voir : *Nouveau-né*), 156, 314.
Malformations génitales, 69, 155.
Môle hydatiforme, 199, 202, 231, 232.

N

Nouveau-né (Tumeur coccygienne chez un), 314.

O

Opération césarienne, 478.
Opération de Porro, 487.
Ostéomalacie puerpérale (De l'), 168.
Ovariotomie compliquée de section de l'uretère, 486.

P

Pédicule (Traitement intra-péritonéal du —) après l'hystérectomie abdominale pour fibromes utérins, 161.
Périnée (Déchirure centrale du —), 482.
Périnée (Proctection du —), 481, 482.
Péritonite généralisée (De la laparotomie dans la — chez la femme), 270.
Pessaire (Nouveau — à rétroflexion), 131.
Placenta (Anatomie normale et pathologique du), 222, 316, 479, 483.
Placenta (Insertion et enchatonnement du — dans une corne utérine anormalement développée, avec disposition singulière du délivre), 155.
Placenta marginal, 219.
Placenta (Passage de la morphine à travers le —), 314.
Placenta (Transmission à travers le — de la tuberculose de la mère au fœtus), 217.
Prurit et grossesse, 484.
Puériculture intra-utérine (De la —), 418.

R

Rein (Ectopie congénitale du rein en gynécologie et en obstétrique), 117.

S

Salpingectomie (De la —), 487.
Salping-ovarite (Modifications histologiques des tissus normaux), 31.
Scarlatine et albuminurie gravidique, 158.
Siège (Présentation du —). Voir : *Lacs*.
Stérilité (De la). 484.
Symphyse pubienne (Note sur la —), 188.
Symphyséotomie expérimentale, 482.

T

Thérapeutique intra-utérine, 55, 69, 219, 221.
Trompes accessoires, 480.

U

Utérus. Voir : *Cancer*, *Déciduome*, *Fibrome*, *Hystérectomie*, *Malformations*, *Métrite*, *Pédicule*.
Utérus (Carcinome de l' — ayant son point de départ dans les villosités choriales, après môle vésiculaire), 225.
Utérus (Fibromes de l' —), 329, 345 478, 481.
Utérus (Fibromes, nouvelle thérapeutique), 316.
Utérus (Cas d'inversion de l' —), 485.
Utérus (Rupture de l'— pendant le travail), 477.

V

Vagin (Carcinome primitif du —, traitement), 208.
Vagin (Procidence du —), 462.
Vomissements incoercibles de la grossesse et électricité, 315.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLIV

Juillet à Décembre 1895.

MÉMOIRES ORIGINAUX

BOURCART. Nouveau pessaire à rétroflexion, 131.
CONDAMIN. Quelques réflexions sur le traitement par la voie vaginale et l'ablation de la trompe malade dans les grossesses extra-utérines avec rupture du kyste fœtal, 175.
DEMOULIN. Sur un cas de grossesse extra-utérine terminée par rupture et guérie par l'intervention, 454.
DURAND. L'épispadias chez la femme, 14.
GOULLIOUD. De l'ectopie pelvienne congénitale du rein en gynécologie et en obstétrique, 117.
LAUWERS. Du traitement intra-péritonéal du pédicule, après l'hystérectomie abdominale, pour fibromes utérins, 161.
LE BEC. Hystérectomie abdominale totale par ligatures, 356.
LEJARS. Un fait d'hématocèle sous-péritonéo-pelvienne traitée par l'incision ischio-rectale et la décortication de la poche, 448.
MÉGRAT. De la laparotomie dans la péritonite généralisée chez la femme, 270.
MOULONGUET. Hystérectomie vagino-abdominale totale pour grosses tumeurs utérines, 384.
PAMARD. Inutilité de l'ablation des ovaires, même altérés, pour guérir l'hystérie, 460.
PÉAN. Les fibromes utérins, 345.
PILLIET. Etude histologique des modifications de l'utérus pendant la grossesse tubaire, 241.
PINARD. Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme ; extraction d'un enfant vivant ; suites heureuses pour la mère et pour l'enfant, 1.
PINARD. Note pour servir à l'histoire de la puériculture intra-utérine, 417.
PUECH. Du curettage comme méthode d'avortement artificiel, 94.
QUEIREL. Grippe et puerpéralité, 127.
QUEIREL. Note sur la symphyse pubienne, 188.
REYMOND. Modifications histologiques de chacun des tissus normaux dans la salpingo-ovarite, 31.
REYNIER. De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine, 438.
RICHELOT. Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale, 422.
RICHELOT. L'hystérectomie abdominale totale, 350.
ROSSIER. L'ostéomalacie puerpérale, 168.
SEGOND. Des plus gros fibromes justiciables de l'hystérectomie vaginale, 329.
SEGOND. Nouveau procédé opératoire pour la réparation des fistules recto-vaginales chez les femmes dont le périnée est intact. (Abaissement et fixation anale du segment de rectum supérieur à la fistule, après résection du segment rectal sous-jacent), 1.
STRAUCH (de). Quelques remarques à propos du mémoire de M. Condamin sur le traitement de la grossese extra-utérine, 468.
VAUTRIN. De l'extirpation des fibromes des ligaments larges, 391.

REVUES CLINIQUES

JAGOT. Observation de môle hydatiforme diagnostiquée, 199.

TARDIF. Trois cas de môle hydatiforme, 202.

REVUES GÉNÉRALES

KLEIN. La blennorrhagie chez la femme et son traitement, 137.
LABUSQUIÈRE. Cautérisation intra-utérine (d'après Sänger); remarques sur la thérapeutique intra-utérine (Olshausen); régénération de la muqueuse de l'utérus après le curettage (Werth), 55.
LABUSQUIÈRE. De l'exploration externe en obstétrique; son importance dans la prophylaxie de la fièvre puerpérale, 296.
LABUSQUIÈRE. Traitement chirurgical du carcinome primitif du vagin, 208.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès français de chirurgie, 329.
Société obstétricale de France, 147.
Société de biologie, 217.
Société obstétricale et gynécologique de Paris, 69, 219, 314, 474.
Société obstétricale et gynécologique de Saint-Pétersbourg, 476.
Société obstétricale et gynécologique de Kieff, 484.
Société obstétricale et gynécologique de Moscou, 486.
Société des médecins de Kasan, 488.
Société des médecins russes de Moscou, 488.

REVUES ANALYTIQUES

Placenta (Anatomie et pathologie), 222, 316, 411.

BIBLIOGRAPHIE

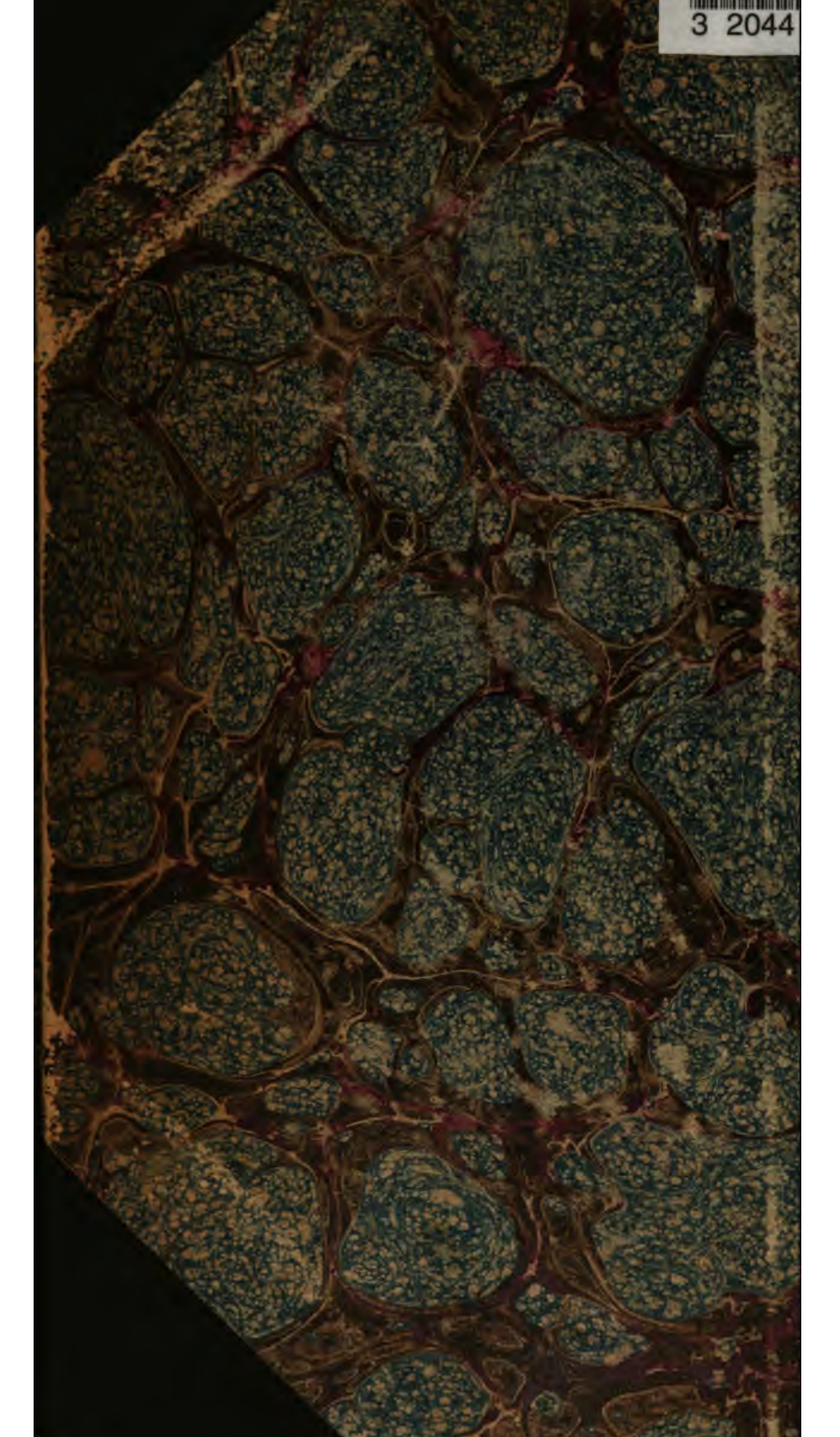
OTTO SAROVEY. De la nécessité, dans les maisons d'enseignements pour les étudiants « contaminés », de s'abstenir de toute pratique obstétricale, 239.
NEUMANN. De la syphilis du vagin, de l'utérus, de ses annexes, 236.
W. FREUND et E. LEVY. De l'infection intra-utérine dans le typhus abdominal (Ueber intra-uterine Infection mit Typhus abdominalis). *Berl. klin. Wochensch.*, 1895, n° 25.
A. GEYL. De l'œdème aigu intermittent du col utérin chez la femme enceinte et la parturiente (Zur Œdema acutum Cervicis uteri gravidi, parturtentie s. puerperalis intermittens), 239.
W. THORN. Des hématomes pelviens. (Ueber Bekenhämatome), 235.
ARTÉMIEFF. Guide pratique pour les sages-femmes, 414.
NINA RODRIGUES. Hymen double, 415.
DEMÉTRIUS VON OTT. Les diverses formes de la grossesse extra-utérine (Beitrage Zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft), Leipzig, 1895.
A. MARTIN. Les maladies des trompes (Die Krankheiten der Eileiter).
F. LEJARS. Œuvres de Léon Le Fort, 238.
BARBAUD et ROUILLARD. Troubles et accidents de la ménopause, 238.
E. H. WIGGIN. Tumeurs kystiques de la voûte vaginale (Cystic tumors of the vaginal vault, with report of two cases), 240.
L. BORDÉ. Qualités requises pour un bon forceps; forceps perfectionné, etc (Requisiti di un buon forcipe, un forcipe perfezionato; etc.), 240.
NEUGEBAUER. Contribution à l'étude des adhérences et des rétrécissements congénitaux et acquis du vagin, des absences congénitales du vagin, etc., 415.
F. NEUGEBAUER. Quelques mots sur l'importance diagnostique des empreintes humaines, etc. (Einige Worte über die sematologische und diagnostische Bedeutung der menschlichen Gangspuren oder Ichnogramme), 239.

NÉCROLOGIE

Th. Brandt, 319.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL, 73, 319.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE


3 2044